

Copertura Sanitaria SANITASS n. 100248 per “Presidenza Del Consiglio dei Ministri”

Contratto di Assicurazione per il rimborso
delle spese mediche da malattia e da infortunio
per il personale in servizio e per il personale in quiescenza

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione**

**deve essere consegnato al Contraente prima della
sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta
di assicurazione.**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la
Nota Informativa**

Edizione 24/06/2013

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico

SOMMARIO

Nota Informativa:

- Glossario

Condizioni di Assicurazione comprensive di:

- 1. Copertura per il personale in servizio
- 2. Copertura per il personale in quiescenza
- 3. Copertura aggiuntiva
- A. Condizioni generali
- B. Limitazioni
- C. Sinistri
- D. Servizi di consulenza
- ALLEGATI
- 1) Grandi Interventi Chirurgici – Personale in servizio
- 2) Grandi Interventi Chirurgici – Personale in quiescenza
- 3) Definizione di malattia grave
- 4) Tariffario equipe
- 5) Tariffario Laboratorio e diagnostica
- 6) Tariffario prestazioni odontoiatriche
- 7) Tariffario protesi ortopediche e acustiche
- 8) Tariffario trattamenti fisioterapici e rieducativi
- 9) Tariffario visite specialistiche
- 10) Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac simile)

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute del presente contratto, sono riportate in carattere "sottolineato".

NOTA INFORMATIVA

**La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

RBM Salute S.p.A. ha sede legale e direzione generale in Italia, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso, sede secondaria via Nino Bixio 31, 20129 Milano recapito telefonico 02-91431789 ed è Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 2/11/2007 n. 255).

Recapito telefonico: 0422 1745111, sito internet: www.rbmsalute.it, indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it.

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2012

Patrimonio netto:	€ 26.222.680,00
di cui - capitale sociale:	€ 20.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 764.840,00
Indice di solvibilità ² :	198%

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha una durata di 33 mesi a partire dalle ore 00.00 del giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio (Vedi art.7 e punti A.1 e A.2 delle Condizioni Generali). Per il personale in quiescenza l'effetto della copertura sarà a partire dalle ore 24.00 del 31/12/2013 (Vedi punto A.1 delle Condizioni Generali).

Il contratto non prevede il tacito rinnovo. (vedi punto A.3 delle Condizioni Generali).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede, il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per:

Copertura Base per il Personale in servizio: Ospedaliere (ricoveri, day hospital, ecc.), Alta Specializzazione, Spese Domiciliari (visite, accertamenti diagnostici anche a scopo preventivo), Cure Oncologiche, Protesi, Cure dentarie a seguito di infortunio o malattia neoplastica, prevenzione odontoiatrica e prevenzione sindrome metabolica.

Copertura Base per il Personale in quiescenza: Ospedaliere (Grandi interventi chirurgici.), Alta Specializzazione, Assistenza infermieristica e prevenzione sindrome metabolica.

¹ I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato

² L'indice di solvibilità rappresenta rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Copertura Aggiuntiva: Visite specialistiche, Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio, Medicinali non mutuabili, Assistenza infermieristica, Medicina preventiva, Indennità di malattia grave.

(vedi art. 5 – Prestazioni, punto 1 - Copertura per il personale in servizio, punto 2 - Copertura per il personale in quiescenza e punto 3 – Copertura Aggiuntiva).

In caso di ricovero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura prevede il pagamento di un'indennità prestabilita per ogni giorno di ricovero (vedi punti 1.3 e 2.4 dell'art. 5 – Prestazioni)

Avvertenza: la copertura include le malattie e gli infortuni preesistenti alla stipula della polizza (vedi art. 3), prevede esclusioni (vedi punto B.2 Esclusioni della copertura) e non prevede cause di non assicurabilità.

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo per il totale degli indennizzi (vedi art. 4 – Tipologia di prestazioni e condizioni assistenziali), Ad esempio, il totale degli indennizzi in un anno per la copertura base del Personale in servizio non potrà superare i € 100.000,00 per nucleo familiare.

La copertura prevede limiti, franchigie e scoperti (vedi art. 5 – Prestazioni). Ad esempio:

- a) Qualora la garanzia Ospedaliere per la copertura base del Personale in servizio preveda per ricoveri in clinica privata convenzionata in forma diretta ma con equipe medica non convenzionata (Misto), struttura in forma diretta scoperto 25% minimo € 950,00 (retta degenza massimo € 150 al giorno, materiali di intervento con scoperto del 50% ed un sub-massimale di €3.000,00) ed equipe a rimborso entro il limite previsto dal tariffario con applicazione di scoperto del 25% minimo € 950,00 ai prezzi del predetto tariffario.

a fronte di una spesa per Prestazioni Ospedaliere di € 28.000 complessivi, con struttura convenzionata (costo € 13.000 per 5 giorni di ricovero ma con medici non convenzionati (€ 15.000) per "intervento di protesizzazione di anca" verranno riconosciuti € 9.992,00 complessivi, in quanto:

- spese struttura: fatturato € 9.500,00 pagamento diretto con applicazione dello scoperto 25% minimo Euro 950 per Euro 7.125,00;
- spese retta degenza: fatturato € 1.500,00 (€ 300,00 al giorno), rimborso di € 750,00 (€ 150,00 al giorno)
- spese materiali: fatturato € 2.000,00 rimborso con l'applicazione di uno scoperto del 50% per € 1.000,00
- spese dell'equipe non convenzionata: verranno rimborsate nei limiti di quanto indicato nell' Allegato n. 4 "Tariffario Equipe" corrispondente a Euro 2.067,00, con applicazione dello scoperto 25% minimo € 950,00 per un rimborso complessivo pari a Euro 1.117,00.

- b) Qualora la garanzia Alta Specializzazione preveda per le prestazioni effettuate in struttura convenzionata in forma diretta lo scoperto del 35% minimo Euro 100:

- a fronte di una spesa per l'accertamento di T.C. addome superiore e inferiore – pelvi, di complessive € 600 con struttura convenzionata verranno riconosciuti € 390 in quanto: il 35% della somma spesa, ammonta a € 210.

- c) Qualora la garanzia Alta Specializzazione preveda per le prestazioni effettuate in struttura non convenzionata in forma rimborsuale uno scoperto del 35% minimo € 100 da applicarsi sul prezzo del tariffario:

- a fronte di una spesa per l'accertamento di, T.C. addome superiore e inferiore – pelvi, di complessive € 600 con struttura non convenzionata verranno riconosciuti € 100,00 in quanto:
la tariffa prevista per la prestazione T.C. addome superiore e inferiore – pelvi, (vedi Allegato n. 5 “Tariffario Laboratorio e Diagnostica”) ammonta a € 200,00 sul quale verrà applicato il minimo di € 100 in quanto il 35% (€ 70,00) della tariffa è inferiore al minimo previsto .

Avvertenza: la copertura non prevede la garanzia “Long Term Care (LTC) - Perdita di autosufficienza”

Avvertenza: sono previsti limiti di età (vedi punto B.3 – Limiti di età).

4. Periodi di carenza contrattuali

La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva, differenziati per tipologia di evento).

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio -Questionario sanitario - Nullità

Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Ad esempio, in caso di trasferimento della residenza si può verificare un aggravamento del rischio che va comunicato.

7. Premi

Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario.

Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, dovrà essere corrisposto in rate sub-annuali secondo quanto riportato sul certificato di polizza.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

9. Diritto di recesso

Non e' previsto il diritto di recesso.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto (art. 2952 del codice civile)

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e si prescrivono in due anni dal giorno in cui si e' verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

12. Regime fiscale

Il premi sono sottoposti a tassa del 2,50%.

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: si considera evento il singolo ricovero, anche in regime di degenza diurna (Day Hospital) o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale; per le prestazioni fuori ricovero, tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente.

Avvertenza: il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza; tale comunicazione deve comunque pervenire entro 30 giorni dalla data in cui è entrato in possesso della documentazione sanitaria e di spesa relativa al ricovero o all'intervento (salvo i casi di copertura in forma integrativa).

La Compagnia può richiedere che l'assicurato sia visitato da un proprio fiduciario (vedi punto C.1.2).

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati.

Per ricevere le prestazioni in tale regime di assistenza, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere l'autorizzazione.

Si rinvia al sito www.pcm.previmedical.it per l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

15. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. – Ufficio Gestione Reclami – Sede Secondaria – Via Nino Bixio 31 - 20129 Milano, oppure via telefax al numero 02-91431702, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) – Servizio Tutela Utenti - Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma oppure inviare fax ai numeri 06-42133745 o 06-42133353, corredando l'esposto con la seguente documentazione:

- nome, cognome ed indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Resta salva, in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

16. Arbitrato

Avvertenza: pur essendo prevista la possibilità di ricorrere ad un arbitrato (vedi punto C.3 - Controversie) è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria e/o agli Organismi di Mediazione accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'assicurato.

RBM Salute S.p.A è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa".



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

Il rappresentante legale

GLOSSARIO

Fornitore: Società o impresa assicuratrice

Contraente: SANITASS - FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO - via Victor Hugo 2, 20100 Milano – P.I. 97554000154

Assistito: i soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo o indennità: la somma dovuta dalla Società, in caso di danno conseguente ad un sinistro, a titolo di rimborso.

Assicurazione: l'insieme delle garanzie prestate all'Assistito dalla polizza;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Polizza aggiuntiva: assicurazione facoltativa a carico dei dipendenti in servizio ed in quiescenza prevede prestazioni ulteriori rispetto alla polizza obbligatoria per il personale dipendente e alla polizza facoltativa per il personale in quiescenza;

Contributo: la somma dovuta dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri alla Cassa

Massimale/Limite di Assistenza: l'importo stabilito nel presente Convenzione che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/Assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Istituto di Cura: ogni struttura sanitarie, pubblica o privata, regolarmente autorizzata, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Istituto di Cura convenzionato o centro convenzionato: ogni struttura sanitaria - come sopra definita - che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti , in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto a termini di polizza, direttamente dall'impresa;

Convenzione diretta/Rete: complesso delle strutture sanitarie, pubbliche o private, direttamente convenzionate con l'Assicuratore;

Equipe operatoria: il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento;

Ricovero: la degenza comportante pernottamento nell'istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Day hospital: il ricovero in istituto di Cura che non comporta pernottamento

Intervento chirurgico: la tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia, la laser terapia;

Grande intervento chirurgico: ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'apposito elenco riportato nel contratto;

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

Malformazione: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite;

Difetto fisico: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Grave malattia: ogni malattia elencata nell'allegato 3 riportato in calce alle presenti condizioni;

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

Scoperto: la percentuale del danno prestabilita che in caso di sinistro l'Assistito tiene a suo carico e per la quale la Compagnia non riconosce l'indennizzo;

Franchigia: la somma, determinata in misura fissa che dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assistito.

Network: rete convenzionata di Strutture, medici e dentisti

Tariffario: prospetto tabellare di cui agli allegati 4,5,6,7,8 e 9 della presente Convenzione

Convenzione Rimborso Spese Mediche da Malattia e da Infortunio

Condizioni di Assicurazione

ART. 1 OGGETTO DELLA CONVENZIONE

La Società assicuratrice (di seguito denominata Società) si dovrà impegnare ad erogare al Personale della Presidenza del Consiglio dei Ministri (in seguito denominata Amministrazione) ed ai rispettivi familiari di cui all'art.2 (in seguito denominati Assistiti), contributi economici per i casi di malattia, infortunio e parto, secondo le condizioni appresso indicate.

I rischi sono assunti dalla Società indipendentemente da visita medica.

ART. 2 ASSISTITI

L'assistenza, articolata secondo le condizioni di cui alla presente Convenzione, dovrà essere prestata a favore dell'Assistito e si estende al coniuge ed ai figli conviventi fiscalmente a carico. Su richiesta e a carico dell'Assistito potrà includere anche il coniuge e i figli conviventi fiscalmente non a carico.

Per Assistito si intende:

- il personale in servizio, nonché figli e coniuge ivi compreso il convivente more uxorio e relativi figli conviventi fiscalmente a carico.
- il personale dei ruoli già dipendente dell'Amministrazione in stato di quiescenza fino al compimento del 75° anno di età, nonché figli e coniuge conviventi fiscalmente a carico ivi compreso il convivente more uxorio e relativi figli conviventi fiscalmente a carico. Per il personale in quiescenza avranno diritto ad aderire:
 - i dipendenti in quiescenza a decorrere dall'anno 2013
 - i dipendenti in quiescenza già coperti con la precedente convenzione

ART. 3 OPERATIVITÀ DELL'ASSISTENZA

L'assistenza è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assistiti;
- senza limitazioni territoriali;
- durante il permanere del rapporto di lavoro con l'Amministrazione e fino alla prima scadenza annuale dell'assistenza in caso di cessazione del rapporto di lavoro per il personale dei ruoli;
- durante il permanere del rapporto di lavoro con l'Amministrazione e fino alla data di cessazione del comando per il personale in posizione di prestito;
- durante il periodo di quiescenza fino al compimento del 75° anno di età e comunque fino al termine dell'anno assistenziale nel quale l'Assistito avrà compiuto i 75 anni

ART.4. TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI E CONDIZIONI ASSISTENZIALI

Tutte le prestazioni dovranno necessariamente essere eseguite nell'ambito del network e mediante pagamento diretto.

In alternativa all'utilizzo della rete l'Assistito potrà comunque effettuare la prestazioni in S.S.N., mantenendo il diritto al rimborso integrale del ticket, anche con modalità di pagamento diretto c/o Centri Autorizzati.

Fermi i limiti previsti nelle singole garanzie, l'Assistito avrà comunque la possibilità di scegliere anche medici non convenzionati con il network, in tal caso il rimborso delle parcelle dei medici avverrà nella misura massima prevista dai tariffari allegati alla presente Convenzione e limitatamente alle prestazioni previste nell'ambito delle singole garanzie. Si precisa che sull'importo previsto dal tariffario suddetto verranno applicati in ogni caso gli eventuali scoperti/franchigie previsti nelle singole garanzie.

Saranno in ogni caso riconosciute, in regime rimborsuale le sole spese relative alle prestazioni extraospedaliere nella misura massima prevista dal citato tariffario e limitatamente alle

prestazioni previste nell'ambito delle singole garanzie. Si precisa che sull'importo previsto dai tariffari verranno applicati in ogni caso gli eventuali scoperti/franchigie previsti.

A. COPERTURA PER IL PERSONALE IN SERVIZIO - a carico dell'Amministrazione

Massimale

Per l'Assistito ed il nucleo familiare i contributi economici saranno erogati, per le prestazioni di cui alla presente Convenzione, fino alla concorrenza di una somma complessiva di € 100.000,00, intesa quale disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti del nucleo familiare assistito per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

Tale somma si intenderà raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'allegato n.1 alla presente Convenzione)

B. COPERTURA PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA – facoltativa a carico dell'Assistito

Massimale

Per l'Assistito ed il nucleo familiare i contributi economici saranno erogati, per le prestazioni di cui alla presente Convenzione, fino alla concorrenza di una somma complessiva di € 75.000,00, intesa quale disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

Tale somma si intenderà raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'allegato n.2 alla presente Convenzione).

ART. 5 - PRESTAZIONI

1. COPERTURA PER IL PERSONALE IN SERVIZIO - a carico dell'Amministrazione

1.1 Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali, case di cura o altri istituti

La Società dovrà rimborsare:

a) in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, in regime di ricovero o Day Hospital ovvero in regime ambulatoriale:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito);
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- nel caso di ricovero in istituto di cura, le spese sostenute per le rette di degenza vengono rimborsate nel limite di € 150,00 al giorno;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati in regime di assistenza diretta anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 90 gg. precedenti il ricovero;
- esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 90 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico; le prestazioni potranno essere effettuate anche in forma

rimborsuale, entro il limite massimo di quanto indicato nei tariffari allegati alla presente Convenzione con applicazione ai prezzi del predetto tariffario degli scoperti previsti al punto 1.2 "Scoperto / modalità di erogazione delle prestazioni"

- nel caso di trapianto si intendono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto da donatore;

b) in caso ricovero in Istituto di Cura che non comporti intervento chirurgico:

- l'assistenza medica ed infermieristica, gli accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, i medicinali, riguardanti il periodo di ricovero il ricovero;
- nel caso di ricovero in istituto di cura, le spese sostenute per le rette di degenza vengono rimborsate nel limite di € 150,00 al giorno;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati in regime di assistenza diretta anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 50 gg. precedenti il ricovero;
- esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 50 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal ricovero stesso; le prestazioni potranno essere effettuate anche in forma rimborsuale, entro il limite massimo di quanto indicato nei tariffari allegati alla presente Convenzione con applicazione ai prezzi del predetto tariffario degli scoperti previsti al punto 1.2 "Scoperto / modalità di erogazione delle prestazioni";
- in caso di parto fisiologico la Società rimborsa sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero, con rimborso di € 2.000,00 anno/nucleo;

c) la Società dovrà inoltre rimborsare:

- le spese di trasporto dell'Assistito infermo all'istituto di cura e viceversa- in caso di intervento chirurgico- con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata) con un rimborso di € 500,00 per ricovero (sia in Italia che all'estero);
- le spese di trasporto in ambulanza, in caso di ricovero, con un rimborso di € 250,00 per evento. Nei casi in cui nella località ove sono ubicate le sedi periferiche dell'Amministrazione non siano presenti strutture sanitarie convenzionate con la Società ovvero nei casi in cui, per la presenza di una lista di attesa, la struttura non possa effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate agli Assistiti le spese per il trasporto ferroviario, andata e ritorno in 1° classe, dal luogo di residenza al capoluogo di provincia in cui sono presenti strutture sanitarie convenzionate. Per gli assistiti della Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente.
- le spese per la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera, la garanzia e prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;
- per un periodo di 90 giorni successivi alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di convenzione, la Società mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica con l'applicazione di uno scoperto del 35%. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse. Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare.
- Nei casi di ricovero in cui l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la Società dovrà corrispondere - su domanda dell'Assistito - l'importo richiesto a tale titolo nella misura del 50% della somma, salvo conguaglio a cure ultimate.

1.2 Scoperto / modalità di erogazione delle prestazioni

▪ **Per gli interventi in totale regime di convenzione diretta (sia struttura sanitaria che equipe medica):**

- se effettuati in regime di ricovero, con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di € 950,00 oltre ai limiti di rimborso pro die di € 150,00 giornalieri per la retta di degenza. Il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento) con l'applicazione di uno scoperto del 50% ed un massimale di € 3.000,00
- se effettuati in regime ambulatoriale con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di € 760,00

▪ **Per gli interventi in regime di prestazione mista (struttura sanitaria convenzionata ed equipe medica non convenzionata):**

Qualora la degenza abbia luogo presso un centro convenzionato, ma l'Assistito si avvalga, per l'intervento, di equipe medico-chirurgica non convenzionata, è comunque attivabile il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura Sanitaria Convenzionata con la seguente modalità:

- sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata verrà applicato uno scoperto del 25% con il minimo di € 950,00 oltre ai limiti di rimborso pro die di € 150,00 giornalieri per la retta di degenza. Il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento) con l'applicazione di uno scoperto del 50% ed un massimale di € 3.000,00;
- sulla parte di spesa relativa alle prestazioni dell'equipe medico-chirurgica non convenzionata verrà effettuato il rimborso entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 della presente Convenzione con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 950,00.

▪ **Per i ricoveri che non comportino intervento chirurgico in totale regime di convenzione diretta (sia struttura sanitaria che equipe medica):**

- applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 850,00 oltre ai limiti di rimborso pro die di € 150,00 giornalieri per la retta di degenza.

▪ **Per i ricoveri che non comportino intervento chirurgico in regime di prestazione mista (struttura sanitaria convenzionata ed equipe medica non convenzionata):**

Qualora la degenza abbia luogo presso un centro convenzionato, ma l'Assistito si avvalga di equipe medica non convenzionata, è comunque attivabile, il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura Sanitaria Convenzionata con la seguente modalità:

- sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata verrà applicato uno scoperto del 20% con il minimo di € 850,00 oltre ai limiti di rimborso pro die di € 150,00 giornalieri per la retta di degenza;
- sulla parte di spesa relativa alle prestazioni dell'equipe medica non convenzionata verrà effettuato il rimborso entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di

cui all'allegato 4 della presente Convenzione con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 850,00.

▪ **Prestazioni nel 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., verrà attivata la garanzia prevista al punto 1.3 "Servizio Sanitario Nazionale".

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 previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativi oneri a carico dell'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto stabilito nei punti precedenti a seconda che le prestazioni siano svolte in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati o in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati.

1.3 Diaria - Servizio Sanitario Nazionale

Se le spese di cui al precedente punto 1.1, lettere a) e b) sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponderà un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di € 70,00 giornalieri per Assistito infermo al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del Servizio Sanitario Nazionale e nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'Assistito infermo, la Società rimborserà il maggiore importo risultante tra il conteggio della diaria giornaliera ed il rimborso delle altre spese sostenute come dalle prestazioni di cui al precedente punto 1.1, lettere a) e b)

1.4 Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali

1.4.1 Alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale"):

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia

- 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
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti:

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitate
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

- Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 100,00.
- Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 5 della presente Convenzione con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 100,00.
- Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

1.4.2 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (diversi da quelli previsti al precedente punto 1.4.1 “Alta Specializzazione”)

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, 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.

- Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 55,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.
- Nel caso di prestazioni non effettuate in regime di convenzione diretta, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate entro il limite massimo di quanto indicato nei tariffari di cui all'allegato 5 e 9 della presente Convenzione con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di una franchigia di Euro 55,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.
- Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

1.5 Cure oncologiche

La Società dovrà rimborsare entro un limite assistenziale di € 5.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute a seguito di patologie oncologiche per:

- visite specialistiche;
- terapie radianti;
- chemioterapia;
- assistenza infermieristica domiciliare.

Il rimborso delle suindicate prestazioni avverrà solo in regime diretto con lo scoperto del 35% utilizzando in primo luogo il limite di assistenza di € 5.000,00 anno/nucleo, ovvero, in caso di esaurimento dello stesso, utilizzando quello di cui al precedente punto 1.4.

1.6 Protesi

La Società dovrà rimborsare le spese per acquisto e riparazione di protesi ortopediche ed acustiche entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 7 della presente Convenzione con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35%, entro un limite anno/nucleo di € 700,00.

1.7 Cure dentarie a seguito di infortunio o malattia neoplastica

La Società, in presenza di certificato di pronto soccorso, dovrà rimborsare le spese per cure dentarie e paradentarie rese necessarie da infortunio. Dovrà altresì rimborsare le spese per cure dentarie e paradentarie che siano la conseguenza di patologie neoplastiche.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare, con l'applicazione:

- di uno scoperto del 35% in caso di regime diretto
- entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 6 della presente Convenzione con l'applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35% nel caso di regime indiretto

1.8 Prevenzione odontoiatrica (garanzia valida per ogni Assistito)

La Società provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Società indicate dalla Centrale Operativa della Società previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate, che costituiscono la prevenzione, devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

Restano invece a carico dell'Assistito, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assistito, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco della stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

1.9 Prevenzione della sindrome metabolica

L'Assistito potrà attivare il servizio "Prevenzione della Sindrome Metabolica" compilando il questionario raggiungibile sul sito internet dedicato al Piano Sanitario del personale della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il Contraente provvederà ad analizzarne i contenuti e comunicherà all'Assistito l'esito delle valutazioni 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" RBM Salute-Previmedical si limiteranno a comunicare l'esito positivo della verifica. Nel caso in cui l'Assistito si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata" RBM Salute-Previmedical forniranno alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. RBM Salute-Previmedical comunicheranno l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assistito potrà autorizzare RBM Salute-Previmedical 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, RBM Salute-Previmedical provvederanno all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni: colesterolo HDL; colesterolo totale; glicemia; trigliceridi da effettuarsi con cadenza

semestrale 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.

2. COPERTURA PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA - facoltativa a carico dell'Assistito

2.1 Grande intervento chirurgico

La società dovrà rimborsare in caso di grande intervento chirurgico ricompreso nell'allegato n.2 alla presente Convenzione:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito)
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- nel caso di ricovero in istituto di cura convenzionato con la Società, le rette di degenza vengono pagate dalla Società stesso senza limite di importo giornaliero. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute per le rette di degenza vengono rimborsate nel limite di € 150,00 al giorno;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 30 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 30 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- nel caso di trapianto si intendono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.
- le spese per la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera, la garanzia e prestata nel limite di € 35,00 al giorno per un massimo di 15 giorni per ricovero
- per un periodo di 60 giorni successivi alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di convenzione, la Società mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.
Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare

Nei casi di ricovero in cui l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la Società dovrà corrispondere - su domanda dell'Assistito - l'importo richiesto a tale titolo nella misura del 50% della somma, salvo conguaglio a cure ultimate

2.2 Scoperto / modalità di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati o non convenzionati (regime misto)

- **Per i Grandi Interventi Chirurgici in totale regime di convenzione diretta (sia struttura sanitaria che equipe medica):**
 - se effettuati in regime di ricovero, con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di € 950,00 oltre ai limiti di rimborso pro die di € 150,00 giornalieri per la retta di degenza. Il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento) con l'applicazione di uno scoperto del 50% ed un massimale di € 3.000,00
- **Per i Grandi Interventi Chirurgici in regime di prestazione mista (struttura sanitaria convenzionata ed equipe medica non convenzionata):**

Qualora la degenza abbia luogo presso un centro convenzionato, ma l'Assistito si avvalga, per l'intervento, di equipe medico-chirurgica non convenzionata, è comunque attivabile il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura Sanitaria Convenzionata con la seguente modalità:

- Sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata verrà applicato uno scoperto del 25% con il minimo di € 950,00 oltre ai limiti di rimborso pro die di € 150,00 giornalieri per la retta di degenza. Il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento) con l'applicazione di uno scoperto del 50% ed un massimale di € 3.000,00
- Sulla parte di spesa relativa alle prestazioni dell'equipe medico-chirurgica non convenzionata verrà effettuato il rimborso entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 della presente Convenzione con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 950,00.

b) Prestazioni nel 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., verrà attivata la garanzia prevista al punto 2.4 "Servizio Sanitario Nazionale".

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 previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativi oneri a carico dell'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto stabilito nei punti precedenti a seconda che le prestazioni siano svolte in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati oppure in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati.

2.3 Prestazioni di alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

- Accertamenti Endoscopici
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

- Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico.
- Nel caso in cui si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 5 della presente Convenzione con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico.
- Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

2.4 Servizio Sanitario Nazionale

Se tutte le spese di cui al precedente punto 2.1 sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponderà un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di € 50,00 giornalieri per Assistito infermo al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del Servizio Sanitario Nazionale e nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'Assistito infermo, la Società rimborserà il maggiore importo risultante tra il conteggio della diaria giornaliera ed il rimborso delle altre spese sostenute come dalle prestazioni di cui al precedente punto 2.1.

2.5 Assistenza infermieristica

La Società garantisce l'erogazione in regime di assistenza diretta dell'assistenza infermieristica privata individuale per un periodo massimo di 15 giorni; in alternativa, in regime indiretto, l'Assistito potrà richiedere il rimborso per l'assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 35,00 al giorno per un massimo di 15 giorni.

2.6 Prevenzione della sindrome metabolica

L'Assistito potrà attivare il servizio "Prevenzione della Sindrome Metabolica" compilando il questionario raggiungibile sul sito internet dedicato al Piano Sanitario del personale della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il Contraente provvederà ad analizzarne i contenuti e comunicherà all'Assistito l'esito delle valutazioni 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" RBM Salute-Previmedical si limiteranno a comunicare l'esito positivo della verifica. Nel caso in cui l'Assistito si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata" RBM Salute-Previmedical forniranno alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. RBM Salute-Previmedical comunicheranno l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assistito potrà autorizzare RBM Salute-Previmedical 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, RBM Salute-Previmedical provvederanno all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni: colesterolo HDL; colesterolo totale; glicemia; trigliceridi da effettuarsi con cadenza semestrale 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.

3. COPERTURA AGGIUNTIVA – facoltativa a carico dell'Assistito

La Copertura aggiuntiva facoltativa prevede prestazioni ulteriori rispetto a quelle comprese nelle polizze di cui al precedente punto 1) e 2) e ne innalza la disponibilità massima rimborsabile per ciascun anno assistenziale per nucleo familiare assistito.

3.1 Massimale

Personale in servizio

Per l'Assistito ed il nucleo familiare il massimale annuo di assistenza di cui al punto A dell'art. 4 verrà innalzato da € 100,000,00 ad € 200,000,00 e in caso di Grande intervento da € 200.000,00 ad € 300.000,00.

Personale in quiescenza

Per l'Assistito ed il nucleo familiare il massimale annuo di assistenza di cui al punto B dell'art. 4 verrà innalzato da € 75.000,00 ad € 150.000,00.

3.2 Prestazioni

3.2.1 Visite specialistiche

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato

alla crescita e delle visite odontoiatriche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

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.

- Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 55,00 per ogni visita specialistica.
- Nel caso di prestazioni non effettuate in regime di convenzione diretta, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 9 della presente Convenzione con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di una franchigia di Euro 55,00 per ogni visita specialistica.
- Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 200,00 per nucleo familiare.

3.2.2 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano 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 prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per seduta di fisioterapia.
-
- Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a con personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 8 della presente Convenzione con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per seduta di fisioterapia.
-
- Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

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

3.2.3 Medicinali non mutuabili

La Società provvede al rimborso delle spese per medicinali non mutuabili prescritti a seguito di malattia o infortunio.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Rientrano in garanzia i medicinali presenti nel prontuario farmacologico per i quali il rimborso delle spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 35% e con minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni scontrino.

Ai fini del rimborso è necessario l'invio della seguente documentazione:

- copia delle prescrizioni mediche nominative;
- fustelle staccate dalla confezione del farmaco o parte della confezione del farmaco da cui risultino denominazione e prezzo del farmaco;
- relativi scontrini fiscali.

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, prodotti dietologici, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi e da banco.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 350,00 per nucleo familiare.

3.2.4 Assistenza infermieristica

La Società garantisce l'erogazione in regime di assistenza diretta dell'assistenza infermieristica privata individuale per un periodo massimo di 30 giorni; in alternativa, in regime indiretto, l'Assistito potrà richiedere il rimborso per l'assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni.

3.3 Medicina preventiva

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Società indicate dalla Centrale Operativa della Società previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini:

- prelievo venoso
- 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
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- PSA
- Visita cardiologica + Ecg

Prestazioni previste per le donne:

- prelievo venoso
- 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
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- pap-test
- Visita ginecologica

3.4 Indennità di malattia grave

La Società dovrà erogare, in caso di eventi gravi insorti successivamente alla data di sottoscrizione del contratto (di cui all'allegato n. 3), una indennità "*una tantum*" di € 1.000,00 per ogni Assistito.

ART. 6 CONTRIBUTI ANNUI

1. COPERTURA PER IL PERSONALE IN SERVIZIO

dipendente e nucleo fiscalmente a carico inteso come coniuge e figli risultante dallo stato di famiglia (il cui costo è a carico dell'Amministrazione)	€ 294,36 (a nucleo)
ogni coniuge/convivente more uxorio o figlio non fiscalmente a carico risultante dallo stato di famiglia (il cui costo è a carico del dipendente)	€ 550,00 (per persona)

2. COPERTURA PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA

Dipendente in quiescenza e nucleo fiscalmente a carico inteso come coniuge e figli risultante dallo stato di famiglia (il cui costo è a carico del dipendente in quiescenza)	€ 3.000,00 (a nucleo)
ogni coniuge/convivente more uxorio o figlio non fiscalmente a carico risultante dallo stato di famiglia (il cui costo è a carico del dipendente in quiescenza)	€ 2.000,00 (per persona)

3. COPERTURA AGGIUNTIVA

dipendente e dipendente in quiescenza e nucleo fiscalmente a carico inteso come coniuge e figli risultante dallo stato di famiglia (il cui costo è a carico del dipendente/dipendente in quiescenza)	€ 900,00 (a nucleo)
ogni coniuge/convivente more uxorio o figlio non fiscalmente a carico risultante dallo stato di famiglia (il cui costo è a carico del dipendente/dipendente in quiescenza)	€ 645,00 (per persona)

I premi della "Copertura aggiuntiva" sono in aggiunta a quelli previsti per la "Copertura del personale in servizio" o "Copertura del personale in quiescenza" di cui ai precedenti punti 1 e 2.

Per i familiari l'adesione alla copertura aggiuntiva potrà avvenire solo dopo aver acquistato la "copertura base".

ART. 7 DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA

La copertura per gli Assistiti e relativi familiari avrà effetto dalle ore 00 del 1/04/2013 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società, a condizione che l'elenco delle anagrafiche dei dipendenti in servizio pervenga, su supporto informatico, alla Società entro il 31/03/2013.

Qualora il suddetto file con i nominativi non pervenga alla Società entro la suddetta data, la copertura per gli Assistiti e i relativi familiari in forma diretta, nelle strutture convenzionate con la

Società, verrà gestita, fino al giorno in cui non verrà prodotto l'elenco dei dipendenti assicurati, attraverso il "fax Assistito", alle seguenti modalità:

"Previo contatto con la Centrale Operativa della Società, potrà essere ottenuta l'applicazione delle tariffe agevolate presso le strutture sanitarie convenzionate per le prestazioni coperte dalla presente Convenzione con la Società.

Per le prestazioni il costo resterà a carico dell'Assistito, il quale potrà portare a rimborso le spese sostenute".

La Contraente si impegna a fornire alla Società le schede di adesione, debitamente compilate, entro il 30/04/2013.

ART. 8 INCLUSIONI / ESCLUSIONI - VALIDO PER LA COPERTURA DEL PERSONALE IN SERVIZIO

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per gli Assistiti e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro il 15/04/2013, le movimentazioni all'interno della presente convenzione sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Coniuge e figli fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge e i figli fiscalmente a carico possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell'annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

2) Coniuge e figli fiscalmente non a carico e convivente "more uxorio" risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", possono essere inclusi mediante invio dell'apposito modulo entro la data del 30/04/2013 e pagamento del relativo contributo entro il 15/05/2013 ed oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio" risultanti dallo stato di famiglia di dipendenti neoassunti.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti all'art. 2 "Assistiti" in un momento successivo alla decorrenza della convenzione è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. Per i familiari per i quali è previsto il versamento di un contributo aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo contributo; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società sempreché sia stato pagato il relativo contributo. Per i familiari per i quali non è previsto il versamento di un contributo aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

4) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto della convenzione

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della convenzione sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati all'art. 2 "Assistiti", decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire l'eventuale coniuge o figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", tutti se risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo contributo alla Società.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del contributo per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte del dipendente. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente. Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia resterà comunque attiva per l'Assistito interessato, mentre il relativo contributo annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di acquisizione del suddetto requisito e la prima scadenza utile della convenzione verrà restituito all'Assistito stesso al netto delle imposte.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 2, 3, 4 e 5 del presente punto, il contributo da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del contributo annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso

6) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari Assicurati/Assistiti cessano contestualmente dalla copertura sanitaria, fatta salva la possibilità per l'Assistito di proseguire nella copertura sanitaria fino alla prima scadenza annua, previo accordo con la Presidenza.

Per il personale di prestito la copertura assicurativa si interrompe all'atto di cessazione dal servizio presso la Presidenza del Consiglio, fatta salva la possibilità per l'Assistito di proseguire nella copertura sanitaria fino alla prima scadenza annua, previo accordo con la Presidenza.

In caso di passaggio in quiescenza, il neo pensionato e relativi familiari restano in copertura fino alla prima scadenza annua. Per l'annualità successiva, il neo pensionato potrà acquistare, per sé e per i relativi familiari, con costo a proprio a carico, la copertura prevista per il Personale in quiescenza.

Sarà cura del Contraente trasmettere tempestivamente le necessaria comunicazioni.

ART. 9 INCLUSIONI / ESCLUSIONI - VALIDO PER LA COPERTURA DEL PERSONALE IN QUIESCENZA

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per gli Assistiti e per i loro relativi familiari i quali non abbiano aderito alla stessa entro il 30/01/2014, le movimentazioni all'interno della presente convenzione sono regolate dai punti di seguito indicati

1) Coniuge e figli fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in quiescenza alla data di effetto della convenzione, il coniuge e i figli fiscalmente a carico possono essere inclusi mediante pagamento del relativo contributo ed invio dell'apposito modulo entro la data del 30/01/2014.

In caso di decesso dell'Assistito gli eventuali familiari beneficiari saranno mantenuti in copertura fino alla prima scadenza annuale.

2) Coniuge e figli fiscalmente non a carico e convivente "more uxorio" risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in quiescenza alla data di effetto della convenzione, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", possono essere inclusi mediante pagamento del relativo contributo ed invio dell'apposito modulo entro la data del 30/01/2014.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

In caso di decesso dell'Assistito gli eventuali familiari beneficiari saranno mantenuti in copertura fino alla prima scadenza annuale.

3) Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di inclusione dell'Assistito è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura. Essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo secondo le modalità indicate sul modulo medesimo. La copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo contributo; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo contributo.

4) Inserimento di nuovi pensionati in data successiva all'effetto della convenzione

Le inclusioni di dipendenti in quiescenza in data successiva a quella di effetto della convenzione sono possibili solo nel caso di passaggio in quiescenza. La garanzia per il pensionato e i familiari indicati all'art. 2 "Assistiti", decorre dal primo giorno dell'annualità successiva alla data di pensionamento sempreché l'Assistito abbia pagato il relativo contributo ed inviato l'apposito modulo entro 30 giorni dall'inizio della nuova annualità. Qualora il pensionato intenda inserire l'eventuale coniuge o figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", tutti se risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto della sua iscrizione alla Società e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo contributo.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del contributo per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte del dipendente in quiescenza. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia resterà comunque attiva per l'Assistito interessato, mentre il relativo contributo annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di acquisizione del suddetto requisito e la prima scadenza utile della convenzione verrà restituito all'Assistito stesso al netto delle imposte.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1, 2, 3, 4 e 5 del presente punto, il contributo da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del contributo annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

ART. 10 INCLUSIONI / ESCLUSIONI - VALIDO PER LA COPERTURA AGGIUNTIVA

1) Inclusioni/esclusioni per assistiti in servizio alla data di decorrenza della convenzione

Gli Assicurati/Assistiti alla data di decorrenza della copertura potranno aderire alla copertura aggiuntiva per se stessi e per i familiari fiscalmente e non fiscalmente a carico mediante compilazione ed invio alla Società dell'apposito modulo entro il 30/04/2013 e pagamento del relativo contributo entro il 15/05/2013, sempreché sia stata acquistata la copertura base.

Qualora l'Assistito abbia esteso la copertura prestata dal piano Base al nucleo familiare, potrà optare per una delle due seguenti soluzioni relativamente alla copertura aggiuntiva:

- a) assicurare se stesso e il nucleo familiare fiscalmente a carico;
- b) assicurare anche i familiari non fiscalmente a carico come indicato all'art. 6 "Contributi annui" punto 3.b.

I familiari come indicati all'art. 2 "Assistiti" debbono essere inseriti contestualmente al titolare.

Trascorsa la data di decorrenza della Convenzione, non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari, salvo una riapertura dei termini di adesione.

Nel caso di decadenza del diritto alla copertura dei componenti del nucleo familiare, la copertura nei loro confronti sarà operante fino alla prima scadenza annuale.

In caso di decesso dell'Assistito gli eventuali familiari beneficiari saranno mantenuti in copertura fino alla prima scadenza annuale.

2) Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di inclusione dell'Assistito è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura. Essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo secondo le modalità indicate sul modulo medesimo. La copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo contributo; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo contributo.

3) Inclusioni/esclusioni nuove assunzioni

Per poter aderire al presente piano sanitario il neoassunto dovrà inviare alla Società il "Modulo di adesione alla copertura aggiuntiva", debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto. La garanzia per il dipendente e relativi familiari indicati all'art.2 "Assistiti" primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo contributo. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire l'eventuale coniuge o figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", tutti se risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo contributo

Relativamente alle Inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1, 2 e 3 del presente punto, il contributo da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del contributo annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo In corso.

I figli e il coniuge o convivente "more uxorio" dei neoassunti, possono essere inseriti contestualmente al titolare sempreché per il nucleo familiare sia stata acquistata anche il piano Base. Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari, fatto salvo quanto specificato al precedente art. 10.2.

ART. 11 MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il corrispettivo di quanto dovuto alla Società per i pagamenti del personale beneficiario della convenzione sanitaria vengono effettuati con bonifico bancario sul conto indicato dallo stesso secondo la seguente tempistica: la prima volta all'inizio di ogni anno di riferimento, a seguito della verifica delle adesioni e successivamente a seguito di aggiornamenti periodici.

Al momento dell'emissione della presente convenzione la Contraente si impegna a versare alla Società, a titolo di anticipo di contributo a copertura del rischio assicurato, un importo pari a quello indicato nel frontespizio, calcolato su un numero stimato di 3284 dipendenti assicurati.

La Contraente provvederà a trasmettere alla Società ed alla Società le informazioni relative all'esatto numero dei dipendenti assicurati entro il 30/03/2013.

Tali informazioni verranno trasmesse mediante apposito supporto informatico, contenente i dati anagrafici degli Assistiti (cognome, nome, codice fiscale, luogo e data di nascita).

La Società procederà alla regolazione della rata contante mediante emissione di atto di variazione per l'importo a tal fine determinato.

Le movimentazioni che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa saranno gestite con apposito atto di variazione, a scadenza mensile, con incasso del relativo contributo di rata.

Ad ogni scadenza annua la Contraente si impegna a versare alla Società un anticipo di contributo calcolato sulla base del numero di dipendenti in copertura indicato nella presente convenzione.

Seguirà la regolazione del contributo mediante emissione di atto di variazione per l'importo a tal fine determinato.

ART. 12 DISPOSIZIONI ANTIMAFIA

L'Aggiudicatario prende atto che l'affidamento dell'attività oggetto della presente Convenzione è subordinato all'integrale e assoluto rispetto della vigente normativa antimafia.

In particolare, l'Aggiudicatario medesimo garantisce, nelle more dell'espletamento della procedura di richiesta d'informazioni al Prefetto competente, che nei propri confronti non sono stati emessi provvedimenti definitivi o provvisori, che dispongano misure di prevenzione o divieti, sospensioni o decadenze di cui alla predetta normativa, né sono pendenti procedimenti per l'applicazione delle medesime disposizioni, ovvero condanne che comportino l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione. Lo stesso Aggiudicatario si impegna a comunicare immediatamente al Contraente, pena la risoluzione di diritto della presente Convenzione:

eventuali procedimenti o provvedimenti, definitivi o provvisori, emessi a suo carico ovvero del suo legale rappresentante, nonché dei componenti del proprio organo di amministrazione, anche successivamente alla stipula della Convenzione; ogni variazione della propria composizione societaria eccedente il 2% (due percento); ogni altra situazione eventualmente prevista dalla legislazione emanata successivamente alla stipula della presente Convenzione.

Il Contraente fa espresso rinvio a quanto previsto dall'art.11 del già citato D.P.R. 252/1998, riservandosi di revocare o di recedere dalla Convenzione in esito alle informazioni fornite dal Prefetto e anche quando gli elementi relativi a tentativi di infiltrazione mafiosa siano accertati successivamente.

ART. 13 OBBLIGHI INERENTI ALLA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI AI SENSI DELLA LEGGE N. 136/2010

- a) La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i..
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.
- c) Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) n. 4870727B10

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 - bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 Effetto della copertura

La copertura ha effetto dalle ore 00 del 01/04/2013, se il contributo sarà versato entro il 15/05/2013 fatto salvo, per la prima annualità, l'esito delle procedure di controllo. In caso di mancata registrazione da parte degli organi di controllo, le Parti si incontreranno per definire l'entità dei contributi dovuti per il periodo di copertura effettivamente garantito.

Se il Contraente non paga i contributi o le rate successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., la copertura resta sospesa dalle ore 00 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 00 del giorno di pagamento.

Si precisa che, per il personale in quiescenza, l'effetto della copertura sarà a partire dalle ore 00 del 01/01/2014 sulla base degli aderenti che verranno comunicati entro il 15 Dicembre 2013.

A.2 Durata della copertura

La copertura ha durata 33 mesi e scade alle ore 00 del 01/01/2016 con revisione alla fine del primo biennio secondo le modalità sotto indicate.

Verifica del rapporto tecnico

Due mesi prima della scadenza della seconda annualità verrà effettuato il calcolo del rapporto fra i sinistri ed i contributi di competenza dell'anno 2014 nel modo che segue:

1) In presenza di un valore inferiore al 65% verranno apportate le seguenti modifiche contrattuali :

- Eliminazione della franchigia prevista per l'area ricovero e per l'intervento chirurgico ambulatoriale nel caso di utilizzo di strutture convenzionate.
- Introduzione della seguente garanzia:

Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dalla copertura" punto 3, la Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di impiantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 3.000,00 per Assistito.

- Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 35%.
- Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 6 della presente Convenzione con l'applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35% .
- Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

2) In presenza di un valore superiore al 65% le condizioni rimarranno immutate

A.3 Tacito rinnovo

Non e' previsto il tacito rinnovo.

A.4 Modifica delle condizioni / Forma delle comunicazioni

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della convenzione debbono essere provate per iscritto.

Il Contraente e la Società 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.

A.5 Obblighi di consegna documentale a carico del Contraente

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assistito i seguenti documenti:

- a) Richiesta di adesione,
- b) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati sensibili),
- c) Condizioni di Assicurazione.

Una copia della Richiesta di Adesione e dell'Informativa Privacy, entrambe sottoscritte dall'Assistito, dovrà rimanere in possesso della Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente alla Società qualora questa ne faccia richiesta.

A.6 Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario,
- modifiche statutarie attinenti il cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale,
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso,

la Società, entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione, renderà al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente è tenuto, a sua volta, a comunicare tali informazioni ad ogni Assistito.

A.7 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi alla copertura assicurativa sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della convenzione.

A.8 Foro competente

Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata, per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo ove ha sede la Società, mentre per ogni controversia tra la Società e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito o dell'avente diritto.

A.9 Termini di prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente convenzione è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

A.10 Rinvio alle norme di legge

La Convenzione è regolata dalla legge Italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.11 Altre coperture

Il Contraente è esonerato dal dichiarare l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assistito di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c.

B – LIMITAZIONI

B.1 Estensione territoriale

La copertura vale in tutto il mondo.

B.2 Esclusione dalla copertura

Rimangono escluse dalla copertura le spese sostenute per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
3. le protesi dentarie, la cura delle paraodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (fatto salvo per quanto previsto all'art. 5 "prestazioni" ai punti 1.7 "Cure dentarie" e 1.8 "Prevenzione odontoiatrica");
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
5. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
7. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche nonché le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
12. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

B.3 Limiti di età

La copertura può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiari del titolare la copertura cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, la copertura cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assistito.

C – SINISTRI

C.1 Denuncia del sinistro

L'Assistito o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società al numero verde gratuito 800.99.31.80 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39.0422.17.44.161 e da cellulare numero 199.28.83.94) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", C.1.2 "Sinistri in regime di prestazione mista" o C.1.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

C.1.1 Sinistri in strutture convenzionate con la Società

L'Assistito dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assistito si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assistito dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assistito delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie della convenzione.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assistito né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie della convenzione, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assistito verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.2 "Sinistri in regime di prestazione mista" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

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

C.1.2 Sinistri in regime di prestazione mista (struttura sanitaria convenzionata ed equipe medica non convenzionata)

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute in relazione ad equipe/medico non convenzionato, l'Assistito deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, copia integrale della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assistito, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitarie di cui chiede il rimborso.

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Assistito viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite all'Assistito al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assistito deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato. Qualora l'Assistito abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assistito verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui agli artt. 1.2 e 2.2 " **Scoperto/Modalità di erogazione delle prestazioni**", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

La Società provvederà, con cadenza settimanale, a ritirare le richieste di rimborso che verranno presentate dai dipendenti in copertura presso la sede della Presidenza del Consiglio dei Ministri di via della Mercede 96, c.a.p. 00187 Roma.

C.1.3 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti **C.1.1** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o **C.1.2** " Sinistri in regime di prestazione mista ".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assistito dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

C.1.4 Gestione documentale di spesa

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

Una copia della documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assistito.

B) Prestazioni in regime di prestazione mista

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre - qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali - si restituisce all'Assistito, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assistito in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;

- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assistito.

C.2 Livelli di servizio

C.2.1 Livelli di servizio rimborsi

Considerate le specifiche della Presidenza del Consiglio dei Ministri, RBM Salute, in collaborazione con Previmedical garantisce un rimborso dei sinistri entro 20 giorni a decorrere dalla ricezione delle pratiche.

RBM Salute, in collaborazione con Previmedical è disponibile ad attivare un controllo mensile della tempistica di liquidazione a partire sin dal primo mese di avvio dell'operatività.

C.2.2 Livello di servizio dell'assistenza diretta

La Centrale Operativa si impegna a garantire la gestione delle richieste di autorizzazione che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso.

Nei casi di ricovero urgente per interventi di comprovata gravità, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione successivamente all'erogazione della prestazione e comunque entro un termine massimo di 3 giorni dall'esecuzione dell'intervento. In tal caso, l'urgenza e la gravità della prestazione dovranno essere comprovate da idonea documentazione rilasciata dalla struttura sanitaria, attestante il carattere di urgenza dell'intervento.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza va compilato l'apposito modulo che va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax allegando:

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;

- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento.

C.3 Controversie

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

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, in seguito alla definitiva conclusione del procedimento, le Parti potranno adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, la quale viene individuata secondo le regole indicate nell'articolo "Foro Competente".

D – SERVIZI DI CONSULENZA

D.1 Attività di patronato presso la sede individuata dalla Stazione Appaltante

RBM Salute-Previmedical si impegnano a garantire la presenza, per tutta la durata del presente appalto, di un referente tecnico dedicato presso la sede individuata dalla Stazione Appaltante, per 2 (due) giorni al mese, per un numero di 2 (due) ore per ogni giornata, con il compito di fornire supporto e assistenza agli Assistiti su tutte le informazioni inerenti: le prestazioni previste nel piano sanitario; lo stato dei sinistri; i tempi di rimborso; ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio. Il referente tecnico presente presso le sedi fornirà altresì supporto agli Assistiti nell'istruzione delle pratiche di rimborso.

D.2 Accesso al Network Sanitario Previmedical a tariffe agevolate (per tutte le prestazioni non rientranti nel Piano Sanitario)

RBM Salute-Previmedical possono mettere a disposizione degli Assistiti il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario, reso disponibile da Previmedical, per tutte le prestazioni non incluse nel Piano Sanitario proposto e per le prestazioni incluse nel caso di saturazione dei massimali annui. In particolare il servizio prevede: l'assegnazione di una card nominativa per l'accesso al network sanitario; l'accesso a tariffe agevolate per visite specialistiche ed esami diagnostici; l'accesso a tariffe agevolate per ricoveri/day hospital. Le tariffe agevolate saranno usufruibili in relazione ai servizi di degenza («alberghieri») con esclusione dei costi relativi all'equipe medica; l'accesso ad un'area riservata del sito web loro dedicato mediante autenticazione attraverso un codice User id ed una Password personale e riservata. Nel sito web 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'interlocuzione con la Centrale Operativa.

D.3 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:

- 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 comporta costi per l'Assistito da telefono fisso.

- 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 da telefono fisso.

- 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 da telefono fisso.

D.4 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.

D.5 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 strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero complementare rispetto alla precedente valutazione medica. Il servizio telefonico non comporta costi per l'Assistito da telefono fisso.

D.6 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.



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

Il Contraente

Il presente contratto è stato negoziato clausola per clausola dalle Parti. Per scrupolo e cautela, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1341 del codice civile, le Parti medesime dichiarano di approvare specificamente i seguenti articoli:

- Art. 6 e 7 Pagamento del premio e decorrenza della copertura
- Art. 2, 8 e 9 Persone assicurate – Regolazione del premio
- A.3 Tacito rinnovo
- B.2 Esclusione dalla copertura
- Punto C Obbligo dell'Assicurato in caso di sinistro
- C.3 Controversie

Il Contraente

Allegato n. 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (Personale in servizio)

CRANIO

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne
- Resezione parotide per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi o sui seni paranasali per via transfenoidale

Laringe

- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia

Orecchio

- Antro-atticotomia

OFTALMOLOGIA

- Interventi per distacchi retinici

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee
- Pleuropneumonectomia
- Toracectomia ampia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

CARDIOCHIRURGIA

- Pericardiectomia parziale o totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei al cuore
- Atriostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Derivazioni aorto polmonari
- Correzione di coartazione aortica
- Interventi per fistole artero-venose del polmone
- Legatura e resezione del dotto di Botallo
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Interventi a cuore aperto
- Bypass aorto coronario
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Valvuloplastica

ESOFAGO (Vedi anche otorinolaringoiatria)

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali
- Esofagoplastica
- Reintervento per megaesofago
- Resezione di diverticolo esofageo (Zenker, ecc.)
- Intervento iatale con funduplicatio

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica

INTESTINO

- Resezione parziale del colon (emicolectomia)
- Colectomia totale
- Megacolon: operazione ad domino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo
- Idem per via addomino perineale: in più tempi
- Allestimento e/o affondamento di stomie
- Resezione anteriore retto-colica con eventuale stomia di protezione ed eventuale successivo affondamento

- Resezione colica secondo Hartmann compresa la fase di ricostruzione

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica
- Epatico e coledocotomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Deconnessione azygos-portale per via addominale

PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo-cisti
- Eccezione delle cisti
- Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas
 - a) totale o della testa
 - b) della coda
- Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
- Splenectomia

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale
- Interventi per estrofia della vescica e derivazione
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileo anastomosi (o colon)
- Nefrotomia bivalve in ipotermia
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale
- Surrenelectomia

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splacnici
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi,vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con l'infoadenectomia
- Prostatectomia

GINECOLOGIA

- Panisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno
- Aborto terapeutico

ORTOPEDIA

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Artroplastica delle grandi articolazioni
- Protesi delle grandi articolazioni
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale o di parti di essa

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazione per encefalo-meningocele
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Emisferectomia
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica

DERMATOLOGIA

- Patologie neoplastiche cutanee

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele
- Idrocefalo ipersecreto
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Ernia diaframmatica
- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale

- Megauretere
- a) resezione con reimpianto
- b) resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele
- Artoplastica delle grandi articolazioni
- Anastomosi porto-cava, spleno-renale, mesenterico-cava

TRAPIANTI D'ORGANO

- Tutti

ALTRO

- Alcolizzazione

Allegato n. 2

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (Personale in quiescenza)

CRANIO

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne
- Resezione parotide per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi o sui seni paranasali per via transfenoidale

Laringe

- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia

Orecchio

- Antro-atticotomia

OFTALMOLOGIA

- Interventi per distacchi retinici
- Iridocicloterazione da glaucoma

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee
- Pleuropneumonectomia
- Toracectomia ampia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

CARDIOCHIRURGIA

- Pericardiectomia parziale o totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei al cuore
- Atriostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Derivazioni aorto polmonari
- Correzione di coartazione aortica
- Interventi per fistole artero-venose del polmone
- Legatura e resezione del dotto di Botallo
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Interventi a cuore aperto
- Bypass aorto coronario
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Valvuloplastica

ESOFAGO (Vedi anche otorinolaringoiatria)

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali
- Esofagoplastica
- Reintervento per megaesofago
- Resezione di diverticolo esofageo (Zenker, ecc.)
- Intervento iatale con funduplicatio

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica

INTESTINO

- Resezione parziale del colon (emicolectomia)
- Colectomia totale
- Megacolon: operazione ad domino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo
- Idem per via addomino perineale: in più tempi
- Allestimento e/o affondamento di stomie
- Resezione anteriore retto-colica con eventuale stomia di protezione ed eventuale successivo affondamento

- Resezione colica secondo Hartmann compresa la fase di ricostruzione

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica
- Epatico e coledocotomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Deconnessione azygos-portale per via addominale

PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo-cisti
- enucleazione delle cisti
- marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas
 - a) totale o della testa
 - b) della coda
- Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
- Splenectomia

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale
- Interventi per estrofia della vescica e derivazione
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileo anastomosi (o colon)
- Nefrotomia bivalve in ipotermia
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale
- Surrenelectomia

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi,vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con l'infoadenectomia
- Prostatectomia

GINECOLOGIA

- Panisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno

ORTOPEDIA

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Artroplastica delle grandi articolazioni
- Protesi delle grandi articolazioni
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale o di parti di essa

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazione per encefalo-meningocele
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Emisferectomia
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica

DERMATOLOGIA

- Patologie neoplastiche cutanee

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele
- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Ernia diaframmatica
- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale

- Megauretere
- a) resezione con reimpianto
- b) resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele
- Artoplastica delle grandi articolazioni
- Anastomosi porto-cava, spleno-renale, mesenterico-cava

TRAPIANTI D'ORGANO

- Tutti

Allegato n. 3

DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE

Sono considerati rimborsabili i casi ascrivibili alle seguenti malattie gravi:

infarto del miocardio acuto: coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico.

chirurgia cardiovascolare: procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna); interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica

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 presente anche alla data della richiesta di indennizzo.

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 garanzia in oggetto sono esclusi i carcinomi in situ (intendendosi per tali i carcinomi che si sviluppano solo localmente con prognosi favorevole, senza tendenza a metastatizzare, aggredibili con le più semplici tecniche chirurgiche) e di tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno.

insufficienza renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

trapianto d'organo: malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene pancreas polmone, midollo osseo con certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attestino la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.

Allegato n. 4

Le prestazioni elencate nel presente tariffario sono riconosciute qualora previste dal Piano Sanitario.

TARIFFARIO APPLICATO ALLE EQUIPE

Descrizione prestazione	Importo convenzionato in €
Nel caso di più interventi chirurgici, non collegati tra loro, effettuati nella stessa seduta operatoria, sarà riconosciuto il rimborso, secondo tariffario, per l'intervento principale, mentre gli eventuali altri interventi verranno riconosciuti sino al 50% della cifra indicata nel tariffario. Nel caso che gli interventi siano di integrazione o supporto all'intervento principale, il rimborso sarà riconosciuto solo per quest'ultimo.	

<u>Interventi chirurgici cardiocirurgia e chirurgia vascolare</u>	
Cardiocirurgia a cuore aperto, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.)	€ 2.853,50
Cardiocirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.)	€ 2.249,00
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	€ 1.206,40
Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	€ 331,50
Embolectomia con Fogarty	€ 406,90
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	€ 2.113,80
Massaggio cardiaco interno	€ 135,20
Pericardiocentesi	€ 241,80
Trapianto cardiaco	€ 9.059,70
Correzione percutane di malformazioni vascolari (trattamenti completo)	€ 1.392,30
<u>Interventi chirurgici cardiologia interventistica</u>	
Ablazione trans catetere	€ 1.085,50
Angioplastica coronarica con applicazione di stent intracoronarico	€ 1.606,80
Biopsia endomiocardica destra o sinistra	€ 399,10
Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e Gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	€ 1.085,50
Coronarografia circolo nativo + studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	€ 1.011,40
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell' eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateteri e programmazione elettronica del pace maker	€ 1.358,50
Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	€ 406,90
Stand by cardochirurgico	€ 543,40
Studio elettrofisiologico endocavitario	€ 497,90
<u>Interventi chirurgici chirurgia della mammella</u>	
Ascesso mammario, incisione di	€ 256,10

Mastectomia per ginecomastia maschile mammelle bilaterali	€ 1.376,70
Mastectomia (qualsiasi tecnica con/senza resezione del linfonodo sentinella o linfoadenectomie associate)	€ 1.518,40
Neoplasie e/o cisti benigne, asportazione di	€ 651,30
Posizionamento punto di repere per noduli non palpabili	€ 66,30
Quadrantectomia con/senza linfoadenectomie associate	€ 1.502,80
<u>Interventi chirurgici chirurgia della mano</u>	
Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	€ 949,00
Artrodesi carpale; metacarpo-falangea e/o interfalangea	€ 791,70
Artroplastica	€ 906,10
Artroprotesi carpale; metacarpo-falangea e/o interfalangea	€ 1.508,00
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	€ 603,20
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	€ 949,00
Lesioni tendinee, intervento per	€ 678,60
Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	€ 603,20
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di De Quervain, tenosinoviti	€ 739,70
Osteotomie (come unico intervento)	€ 678,60
Pseudoartrosi delle ossa lunghe	€ 603,20
Pseudoartrosi dello scafoide carpale	€ 739,70
Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)	€ 2.717,00
Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.)	€ 678,60
Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	€ 2.717,00
<u>Interventi chirurgici chirurgia generale - piccoli interventi – varie</u>	
Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso (*)	€ 135,20
Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti (*)	€ 40,30
Ascesso o flemmone, incisione di (*)	€ 166,40
Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti (*)	€ 54,60
Cisti sinoviale, asportazione radicale di	€ 226,20
Corpo estraneo profondo extracavitario, estrazione di (*)	€ 226,20
Corpo estraneo superficiale, estrazione di (*)	€ 54,60
Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	€ 165,10
Ematoma superficiale, svuotamento di (*)	€ 54,60
Ematomi profondi extracavitari, svuotamento di (*)	€ 166,40
Espianto di catetere peritoneale (*)	€ 54,60
Ferita superficiale/profonda, sutura di (*)	€ 87,10
Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	€ 226,20
Impianto chirurgico di catetere peritoneale	€ 270,40
Medicazione ambulatoriale di ferita chirurgica (*)	€ 27,30

Patereccio superficiale, intervento per (*)	€ 81,90
Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)(*)	€ 195,00
Tumore profondo extracavitario, asportazione di	€ 406,90
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	€ 150,80
Tumore superficiale o sottocutaneo benigno o cisti tronco/arti, asportazione di (*)	€ 139,10
Unghia incarnita (*)	€ 110,50
Cisti pilonidale, asportazione di	€ 332,80
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali non viene riconosciuta l'applicazione della tariffa di sala operatoria.	
<u>Interventi chirurgici chirurgia generale – collo</u>	
Ascessi, favi, flemmoni, incisione e drenaggio di	€ 256,10
Biopsia prescalenica	€ 135,20
Cisti o fistola congenita, asportazione di	€ 497,90
Fistola esofago-tracheale, intervento per	€ 1.358,50
Ghiandola sottomascellare, asportazione di	€ 791,70
Linfoadenectomia (come unico intervento)	€ 642,20
Paratiroidi-trattamento completo, intervento sulle	€ 1.433,90
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari o lobectomie	€ 791,70
Tiroidectomia totale con/senza svuotamento laterocervicale	€ 1.448,20
Tracheostomia, chiusura e plastica	€ 331,50
Tracheotomia con tracheostomia	€ 338,00
Tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo, intervento per ferite del	€ 906,10
Tumore maligno del collo, asportazione di	€ 906,10
<u>Interventi chirurgici chirurgia generale – esofago</u>	
Diverticoli dell'esofago, intervento per	€ 1.131,00
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfoadenectomia	€ 2.113,80
Esofagite, ulcera esofagea, intervento per	€ 1.510,60
Esofago, resezione dell'	€ 1.532,70
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfoadenectomia	€ 2.113,80
Esofagogastroduodenoscopia operativa	€ 452,40
Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica- esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	€ 1.510,60
Esofagostomia	€ 678,60
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	€ 1.055,60
Megaesofago, intervento per	€ 1.584,70
Protesi endo-esofagee, collocazione di	€ 709,80
Sondaggio esofageo per dilatazione graduale (ciclo completo)	€ 301,60
Stenosi dell' esofago, interventi per	€ 816,40

Varici esofagee (qualsiasi tecnica)	€ 642,20
<u>Interventi chirurgici chirurgia generale - stomaco – duodeno</u>	
Dumping syndrome, interventi di riconversione per	€ 1.358,50
Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	€ 1.055,60
Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per	€ 1.961,70
Gastrectomia totale con/senza linfadenectomia	€ 1.961,70
Gastro-enterostomia per neoplasie non reseccabili	€ 1.055,60
Gastrostomia	€ 755,30
Piloro plastica (come unico intervento)	€ 1.055,60
Resezione gastro duodenale	€ 1.510,60
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	€ 1.810,90
Vagotomia tronculare con piloro plastica	€ 1.305,20
<u>Interventi chirurgici chirurgia generale - intestino digiuno - ileo - colon - retto - ano</u>	
Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	€ 1.146,60
Appendicectomia	€ 882,70
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	€ 709,80
Ascesso perianale, intervento per	€ 603,20
By-pass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne	€ 1.660,10
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	€ 1.206,40
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	€ 633,10
Colectomia	€ 1.539,20
Colotomia con colorrafia (come unico intervento)	€ 906,10
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	€ 603,20
Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	€ 906,10
Corpi estranei del retto, estrazione per via naturale semplice di	€ 81,90
Corpi estranei del retto, estrazione per via addominale di	€ 949,00
Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di	€ 497,90
Digiunostomia (come unico intervento)	€ 709,80
Diverticolo di Meckel, resezione di	€ 709,80
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	€ 709,80
Emicolectomia con/senza linfadenectomia	€ 1.553,50
Emorroidi interne, iniezione sclerosanti delle (a seduta)	€ 40,30
Emorroidi e/o ragadi intervento radicale (qualsiasi tecnica)	€ 722,80
Enterostomia (come unico intervento)	€ 815,10
Fistola anale (qualsiasi tecnica)	€ 555,10
Hartmann, intervento	€ 1.645,80
Ileostomia (come unico intervento)	€ 769,60
Incontinenza anale, intervento per	€ 1.085,50

Intestino, resezione dell'	€ 1.251,90
Invasione, volvolo, ernie interne, intervento per	€ 1.251,90
Megacolon, intervento per	€ 2.173,60
Megacolon: colostomia	€ 678,60
Mikulicz, estrinsecazione secondo	€ 709,80
Pan-colonscopia operativa	€ 452,40
Polipectomia per via laparotomia	€ 709,80
Polipo rettale, asportazione di	€ 406,90
Procto-colectomia totale con pouch ileale	€ 2.098,20
Prolasso rettale, intervento transanale per	€ 709,80
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	€ 1.055,60
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	€ 1.961,70
Amputazione del retto con/senza linfadenectomia	€ 2.074,80
Sfinterotomia (come unico intervento)	€ 266,50
Sigma, miotomia del	€ 1.146,60
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	€ 1.206,40
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	€ 1.251,90
<u>Interventi chirurgici chirurgia generale - parete addominale</u>	
Cisti, ematomi, ascessi, neoplasia benigna, flemmoni parete addominale	€ 241,80
Diastasi dei retti, intervento per (come unico intervento)	€ 755,30
Ernia crurale	€ 739,70
Ernia diaframmatica	€ 1.206,40
Ernia epigastrica	€ 759,20
Ernia inguinale	€ 783,90
Ernia ombelicale	€ 731,90
Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	€ 1.055,60
Laparocele, intervento per	€ 1.055,60
Linfadenectomia inguinale o crurale (come unico intervento)	€ 1.010,10
Puntura esplorativa addominale	€ 81,90
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	€ 769,60
<u>Interventi chirurgici chirurgia generale – peritoneo</u>	
Ascesso, drenaggio	€ 841,10
Laparoscopia esplorativa/diagnostica	€ 270,40
Laparoscopia operativa	€ 543,40
Laparotomia	€ 1.258,40
Lavaggio peritoneale diagnostico	€ 135,20
Occlusione intestinale con o senza resezione	€ 1.433,90
Paracentesi	€ 105,30

Tumore retroperitoneale, exeresi di	€ 1.418,30
<u>Interventi chirurgici chirurgia generale - fegato e vie biliari</u>	
Agobiopsia/ago aspirato	€ 135,20
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	€ 2.098,20
Biopsia epatica con laparotomia (come unico intervento)	€ 543,40
Calcolosi intraepatica, intervento per	€ 1.358,50
Cisti da echinococco	€ 1.358,50
Colecistectomia	€ 1.237,60
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	€ 1.358,50
Colecistostomia per neoplasie non resecabili	€ 1.055,60
Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia	€ 1.751,10
Coledoctomia e coledocolicotomia (come unico intervento)	€ 1.418,30
Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	€ 906,10
Deconnessione azygos-portale per via addominale	€ 1.660,10
Drenaggio bilio digestivo intraepatico	€ 1.358,50
Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antitumorale	€ 452,40
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed Accessoria (trattamento completo)	€ 1.206,40
Papilla di Vater, exeresi	€ 1.358,50
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	€ 1.510,60
Papillotomia, per via endoscopica	€ 906,10
Resezioni epatiche	€ 1.660,10
Trapianto di fegato	€ 9.059,70
Vie biliari, interventi palliativi	€ 1.358,50
Asportazione endoscopica litiasi biliare	€ 906,10
<u>Interventi chirurgici chirurgia generale - pancreas – milza</u>	
Agobiopsia/agoaspirato pancreas	€ 135,20
Ascessi pancreatici, drenaggio di	€ 633,10
Biopsia con laparotomia (come unico intervento)	€ 543,40
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	€ 1.206,40
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	€ 1.448,20
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia	€ 2.113,80
Fistola pancreatica, intervento per	€ 1.554,80
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	€ 1.510,60
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	€ 1.719,90
Pancreatectomia ed eventuale linfadenectomia	€ 1.872,00
Pancreatite acuta	€ 1.583,40
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	€ 1.358,50
Splenectomia	€ 1.358,50

Trapianto di pancreas	€ 9.059,70
<u>Interventi chirurgici chirurgia oro-maxillo-facciale</u>	
Calcolo salivare, asportazione di	€ 331,50
Cisti del mascellare e della mandibola, operazione per	€ 666,90
Cisti, mucose, piccole neoplasie benigne: della lingua o delle guance o del labbro o del pavimento orale (asportazione di)	€ 270,40
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell' articolazione temporo mandibolare	€ 986,70
Corpi estranei di tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	€ 300,30
Correzione di esiti di labioschisi	€ 815,10
Epulidi, asportazione di (con resezione del bordo alveolare)	€ 466,70
Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata)	€ 165,10
Fistola del dotto di Stenone, intervento per	€ 466,70
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	€ 648,70
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleoresezione di	€ 906,10
Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del	€ 543,40
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	€ 2.445,30
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	€ 1.071,20
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	€ 683,80
Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	€ 195,00
Labioalveoloschisi	€ 1.153,10
Labioschisi	€ 942,50
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	€ 906,10
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con/senza svuotamento linfonodale	€ 1.509,30
Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	€ 497,90
Lussazione mandibolare, lussazione menisco monolaterale terapia chirurgica	€ 678,60
Artroscopia, artrocentesi temporo-mandibolare	€ 278,20
Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, lateroderivazioni mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)	€ 3.185,00
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	€ 1.433,90
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	€ 1.433,90
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	€ 1.660,10
Meniscectomia dell' articolazione temporo-mandibolare (come unico intervento)	€ 709,80
Neoformazioni endosseie, exeresi di	€ 626,60
Neoplasie maligne del labbro/guancia con/senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	€ 2.098,20
Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	€ 135,20
Palatoschisi	€ 1.077,70
Paralisi del nervo facciale, plastica per	€ 1.153,10
Parotidectomia	€ 1.327,30
Plastica di fistola palatina	€ 709,80

Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	€ 406,90
Ranula, asportazione di	€ 331,50
Ricostruzione con innesti ossei dei mascellari	€ 1.251,90
Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	€ 1.206,40
Scappucciamento osteomucoso dente semincluso	€ 81,90
Seno mascellare, apertura per processo alveolare	€ 345,80
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	€ 906,10
Valutazione elettrognatomiografica delle A.T.M.	€ 301,60
<u>Interventi chirurgici chirurgia plastica ricostruttiva</u>	
Allestimento lembo peduncolato	€ 664,30
Angiomi (qualsiasi tecnica)	€ 568,10
Cheloidi (qualsiasi tecnica)	€ 399,10
Cicatrici, correzione di: (per tempo chirurgico)	€ 603,20
Ginecomastia	€ 980,20
Iniezione intracheloidea	€ 29,90
Iniezione compositi	€ 543,40
Innesto dermo epidermico adiposo o cutaneo libero o di mucosa	€ 452,40
Innesto di fascia lata	€ 452,40
Innesto di nervo o di tendine	€ 1.206,40
Innesto osseo o cartilagineo	€ 755,30
Intervento di push-back e faringoplastica	€ 1.055,60
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva	€ 906,10
Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per	€ 603,20
Malformazione delle mani e dei piedi (sindattilia, polidattilia)	€ 1.132,30
Modellamento di lembo in situ	€ 452,40
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	€ 755,30
Plastica V/Y, Y/V	€ 452,40
Plastica a «Z»	€ 497,90
Retrazione cicatriziale delle dita con e senza innesto	€ 754,00
Ricostruzione mammaria post-mastectomia	€ 1.229,80
Riparazione di P.S.C. con lembo	€ 904,80
Toilette di ustioni di estensioni (prestazione ambulatoriale)	€ 67,60
Trasferimento di lembo libero micro vascolare	€ 1.600,30
Trasferimento di lembo libero peduncolato	€ 603,20
Tumori o cisti del viso, intervento per	€ 271,70
<u>Interventi chirurgici chirurgia toraco-polmonare</u>	
Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa	€ 152,10
Ascessi, interventi per	€ 906,10

Bilobectomie, intervento di	€ 1.810,90
Biopsia	€ 135,20
Broncoinstillazione endoscopica	€ 81,90
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	€ 1.206,40
Decorticazione pleuro polmonare, intervento di	€ 1.510,60
Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di accessi	€ 497,90
Drenaggio cavità empi ematica	€ 543,40
Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace	€ 338,00
Enfisema bollosa, trattamento chirurgico	€ 1.085,50
Ernie diaframmatiche traumatiche	€ 1.510,60
Ferita toraco-addominale con e senza lesioni viscerali	€ 1.063,40
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	€ 1.983,80
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	€ 769,60
Instillazione medicamentosa endopleurica isolata	€ 53,30
Lavaggio bronco alveolare endoscopico	€ 135,20
Lavaggio pleurico	€ 53,30
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flail chest)	€ 1.283,10
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	€ 1.071,20
Mediastinoscopia diagnostica	€ 331,50
Mediastinoscopia operativa	€ 414,70
Neoformazioni costali localizzate	€ 466,70
Neoformazioni del diaframma	€ 1.071,20
Neoformazioni della trachea	€ 648,70
Neoplasie maligne coste e/o sterno	€ 1.085,50
Neoplasie maligne della trachea	€ 1.901,90
Neoplasie e/o cisti del mediastino	€ 1.810,90
Pleurectomia	€ 1.206,40
Pleuropneumectomia	€ 2.550,60
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	€ 543,40
Pleurodesi in video toracoscopia	€ 1.055,60
Pneumectomia, intervento di	€ 2.415,40
Pneumotorace terapeutico	€ 205,40
Puntato sternale o midollare	€ 81,90
Puntura esplorativa del polmone	€ 165,10
Relaxatio diaframmatica	€ 1.448,20
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 2.264,60
Resezione di costa soprannumeraria	€ 1.206,40
Resezione segmentaria o lobectomia	€ 1.605,50
Sindromi stretto toracico superiore	€ 1.206,40
Timectomia	€ 1.358,50

Torace carenato o escavato, trattamento chirurgico correttivo	€ 1.510,60
Toracentesi	€ 105,30
Toracoplastica	€ 1.380,60
Interventi in video toracosopia	€ 331,50
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	€ 906,10
Tracheo- broncoscopia esplorativa	€ 230,10
Tracheo- broncoscopia operativa	€ 497,90
Trapianto di polmone	€ 9.059,70
<u>Interventi chirurgici chirurgia vascolare</u>	
Aneurismi	€ 1.660,10
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	€ 1.660,10
Bendaggio elasto-compressivo arti inferiori	€ 26,00
By-pass aorto-vascolari	€ 1.510,60
Elefantiasi degli arti	€ 1.510,60
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	€ 1.510,60
Fasciotomia de compressiva	€ 406,90
Iniezione endoarteriosa	€ 41,60
Iniezione sclerosante	€ 13,00
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	€ 543,40
Legatura e/o sutura di:	€ 618,80
Pseudoaneurismi post-traumatici o iatrogeni	€ 1.660,10
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche CHIVA	€ 1.206,40
Sindromi neurovascolari degli arti inferiori	€ 1.510,60
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	€ 678,60
Tromboendoarteriectomia ed eventuale plastica vasale	€ 1.679,60
Varicectomia con legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	€ 527,80
<u>Interventi chirurgici dermatologia - crioterapia – laserterapia</u>	
Asportazione con laser di tumori benigni cutanei o delle mucose (unica seduta) (*)	€ 109,20
Asportazione neoformazioni cutanee (per seduta) (*)	€ 110,50
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (per seduta) (*)	€ 32,50
Trattamento mediante laser di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (*)	€ 40,30
Trattamento mediante laser di malformazioni vascolari superficiali (*)	€ 49,40
Trattamento mediante laser di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	€ 217,10
<u>Interventi chirurgici gastroenterologia ed endoscopia digestiva</u>	
Dilatazione graduale del retto (per seduta)	€ 89,70
Colonscopia totale operativa	€ 478,40
CPRE operativa	€ 995,80

Esofagogastroduodenoscopia operativa	€ 452,40
Trattamento endoscopico varici esofagee	€ 300,30
Trattamento endoscopico stenosi esofagee	€ 436,80
Posizionamento endoprotesi esofagee (esclusa protesi)	€ 694,20
Manometria ano rettale	€ 81,90
Manometria colon	€ 96,20
Rettosigmoidoscopia operativa	€ 331,50
Sondaggio gastro/duodenale	€ 40,30
Test all'idrogeno respiratorio	€ 71,50
<u>Interventi chirurgici ginecologia</u>	
Adesiolisi	€ 949,00
Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	€ 135,20
Annessiectomia	€ 1.176,50
Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	€ 165,10
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	€ 678,60
Ascesso pelvico, trattamento chirurgico	€ 543,40
Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio	€ 53,30
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	€ 633,10
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	€ 1.251,90
Cisti vaginale, asportazione di	€ 270,40
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali	€ 520,00
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	€ 406,90
Conizzazione e tracheloplastica	€ 603,20
Denervazione vulvare	€ 543,40
Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	€ 41,60
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit- Leufour endouterino	€ 226,20
Eviscerazione pelvica	€ 2.264,60
Fistole ureterali, vescicovaginale, rettovaginale, intervento per	€ 1.251,90
Idrotubulazione medicata (per seduta)	€ 41,60
Imenotomia-imenectomia (come unico intervento)	€ 165,10
Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale	€ 1.222,00
Insufflazione tubarica	€ 68,90
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, intervento di	€ 1.816,10
Isteropessi	€ 1.206,40
Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame)	€ 135,20
Isteroscopia operativa, intervento per	€ 421,20
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	€ 482,30
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	€ 1.116,70
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	€ 48,10

Linfoadenectomia laparotomica (come unico intervento)	€ 1.085,50
Metroplastica (come unico intervento)	€ 1.358,50
Miomectomie	€ 928,20
Neoformazioni della vulva, asportazione	€ 195,00
Neurectomia semplice	€ 1.085,50
Plastica con allargamento dell' introito (compreso intervento per vaginismo)	€ 709,80
Plastica vaginale, intervento di	€ 874,90
Polipi cervicali, asportazione di	€ 81,90
Polipi orifizio uretrale esterno	€ 135,20
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	€ 1.206,40
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	€ 497,90
Puntura esplorativa del cavo di Douglas	€ 105,30
Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico	€ 406,90
Resezione ovarica per patologia disfunzionale	€ 1.206,40
Salpingectomia monolaterale	€ 1.016,60
Salpingoplastica	€ 1.206,40
Setto vaginale, asportazione chirurgica	€ 497,90
Tracheloplastica (come unico intervento)	€ 543,40
Trattamento chirurgico per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	€ 1.341,60
Trattamento chirurgico laparotomico per gravidanza extrauterina	€ 1.115,40
Tumori maligni vaginali con/senza linfoadenectomia, intervento radicale per	€ 1.812,20
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	€ 48,10
Vulvectomia	€ 1.267,50
<u>Interventi chirurgici neurochirurgia</u>	
Anastomosi spino-facciale e simili	€ 1.418,30
Anastomosi vasi intra-extra cranici	€ 2.364,70
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	€ 2.113,80
Carotide endocranica, legatura della	€ 1.751,10
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni	€ 2.550,60
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, interventi di	€ 2.264,60
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	€ 2.113,80
Cranioplastica	€ 2.113,80
Craniotomia	€ 2.255,50
Derivazione liquorale diretta e indiretta, intervento per	€ 1.660,10
Encefalomeningocele, intervento per	€ 2.264,60
Epilessia focale, intervento per	€ 2.384,20
Ernia del disco	€ 2.408,90
Fistola liquorale	€ 1.961,70
Fistole artero venose, terapia chirurgica	€ 2.117,70

Gangliectomia lombare e splancnicectomia	€ 1.192,10
Ipofisi, intervento per via tran sfenoidale	€ 2.415,40
Laminectomia esplorativa	€ 2.304,90
Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)	€ 2.988,70
Mielomeningocele, intervento per	€ 2.415,40
Neoplasie endocraniche, asportazione di	€ 2.687,10
Neoplasie endorachidee extradurali, asportazione di	€ 1.358,50
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	€ 1.810,90
Neurolisi (come unico intervento)	€ 648,70
Neurorrafia primaria (come unico intervento)	€ 648,70
Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)	€ 2.113,80
Neurotomia semplice (come unico intervento)	€ 633,10
Plastica volta cranica	€ 1.810,90
Plesso brachiale, intervento sul	€ 1.448,20
Puntura epidurale	€ 81,90
Puntura sottoccipitale per prelievo liquorale o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	€ 135,20
Rachicentesi per qualsiasi indicazione	€ 81,90
Registrazione continua della pressione intracranica	€ 270,40
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	€ 1.961,70
Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica (con eventuale plastica)	€ 2.112,50
Simpatico cervicale, intervento sul	€ 1.055,60
Simpatico dorsale, intervento sul	€ 1.055,60
Simpatico lombare, intervento sul	€ 1.055,60
Stenosi vertebrale lombare	€ 2.264,60
Stereotassi, intervento di Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	€ 1.735,50
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	€ 678,60
Compressione del G. di Gasser con palloncino Fogarky	€ 1.675,70
Termorizotomia del G. di Gasser o altri nervi cranici	€ 1.977,30
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	€ 633,10
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	€ 1.055,60
Traumi vertebro-midollari, intervento per	€ 2.255,50
Tumore orbitale, asportazione per via endocranica	€ 2.415,40
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	€ 1.358,50
Tumori della base cranica, intervento per via trans orale	€ 2.988,70
Tumori orbitali, intervento per via epipalpebrale	€ 1.961,70
<u>Interventi chirurgici oculistica – orbita</u>	
Biopsia orbitaria	€ 331,50
Cavità orbitaria, plastica per	€ 709,80
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	€ 633,10

Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	€ 436,80
Exenteratio orbitae	€ 934,70
Iniezione endorbitale	€ 41,60
Operazione di Kronlein od orbitotomia	€ 1.961,70
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	€ 906,10
<u>Interventi chirurgici oculistica – sopracciglio</u>	
Cisti o corpi estranei, asportazione di	€ 53,30
Elevazione del sopracciglio, intervento per	€ 543,40
Plastica	€ 391,30
Sutura ferite	€ 68,90
<u>Interventi chirurgici oculistica – palpebre</u>	
Ascesso palpebre, incisione di	€ 40,30
Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: 1 palpebra	€ 165,10
Calazio	€ 135,20
Cantoplastica	€ 466,70
Elettrolisi delle ciglia (massimo due sedute)	€ 22,10
Entropion-ectropion	€ 497,90
Epicanto-coloboma	€ 543,40
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: 1 palpebra (escluse finalità estetiche)	€ 226,20
Ernie palpebrali, correzione di (escluse finalità estetiche)	€ 135,20
Piccoli tumori o cisti, asportazione di	€ 135,20
Riapertura di anchiloblefaron	€ 81,90
Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	€ 81,90
Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	€ 195,00
Tarsorrafia (come unico intervento)	€ 270,40
Tumori, asportazione con plastica	€ 557,70
Xantelasma semplice, asportazione di	€ 270,40
<u>Interventi chirurgici oculistica - vie lacrimali</u>	
Chiusura del puntino lacrimale	€ 53,30
Chiusura del puntino lacrimale con protesi	€ 81,90
Dacriocistorinostomia o intubazione	€ 678,60
Fistola, asportazione	€ 241,80
Flemmone, incisione di (come unico intervento)	€ 41,60
Impianto tubi di silicone nella stenosi delle vie lacrimali	€ 135,20
Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	€ 436,80
Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	€ 26,00
Sondaggio o lavaggio vie lacrimali (per seduta)	€ 22,10

Stricturotomia (come unico intervento)	€ 40,30
Vie lacrimali, ricostruzione	€ 633,10
<u>Interventi chirurgici oculistica – congiuntiva</u>	
Corpi estranei, asportazione di	€ 32,50
Iniezione sottocongiuntivale	€ 22,10
Neoplasie congiuntivali, asportazione di	€ 399,10
Piccole cisti, sutura con innesto placentare	€ 96,20
Plastica congiuntivale	€ 383,50
Pterigio o pinguecola	€ 195,00
Sutura di ferita congiuntivale	€ 81,90
<u>Interventi chirurgici oculistica – cornea</u>	
Cheratoplastica	€ 1.079,00
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	€ 769,60
Crioapplicazioni corneali	€ 53,30
Epicheratoplastica	€ 1.055,60
Innesto membrana amniotica	€ 778,70
Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	€ 53,30
Odontocheratoprotesi	€ 1.554,80
Paracentesi della camera anteriore	€ 226,20
Sutura corneale (come unico intervento)	€ 270,40
Tatuaggio corneale	€ 270,40
Trapianto corneale	€ 1.584,70
<u>Interventi chirurgici oculistica – cristallino</u>	
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale pseudo accomodativo in camera posteriore	€ 790,40
<u>Interventi chirurgici oculistica – congiuntiva</u>	
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	€ 1.055,60
Cristallino artificiale, impianto secondario	€ 552,50
Cristallino artificiale, rimozione (come unico intervento)	€ 603,20
Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	€ 1.011,40
Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	€ 1.055,60
Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	€ 1.251,90
<u>Interventi chirurgici oculistica – sclera</u>	
Sclerectomia	€ 949,00
Sclerotomia (come unico intervento)	€ 270,40
Sutura sclerale	€ 361,40

<u>Interventi chirurgici oculistica - operazione per glaucoma</u>	
Alcoolizzazione nervo cigliare, intervento per	€ 270,40
Ciclodialisi	€ 699,40
Ciclodiatomia perforante	€ 406,90
Crioapplicazione antiglaucomatosa	€ 165,10
Goniotomia	€ 699,40
Fotosclerectomia con laser ad eccimeri (per occhio)	€ 1.055,60
Iridocicloretrazione	€ 1.297,40
Microchirurgia dell' angolo camerulare	€ 1.055,60
Operazione fistolizzante	€ 1.055,60
Trabeculectomia	€ 1.146,60
Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale intervento combinato	€ 257,40
Trabeculotomia	€ 783,90
<u>Interventi chirurgici oculistica – iride</u>	
Cisti iridee, asportazione e plastica di	€ 815,10
Iridectomia	€ 603,20
Irido-dialisi, intervento per	€ 815,10
Iridoplastica	€ 543,40
Iridotomia	€ 436,80
Prolasso irideo, riduzione	€ 436,80
Sinechiotomia	€ 497,90
Sutura dell' iride	€ 497,90
<u>Interventi chirurgici oculistica – retina</u>	
Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiali usati durante l' intervento di distacco	€ 406,90
Diatermocoagulazione retinica per distacco	€ 815,10
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	€ 2.687,10
Vitrectomia anteriore o posteriore	€ 1.448,20
<u>Interventi chirurgici oculistica – muscoli</u>	
Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento	€ 497,90
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento	€ 769,60
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	€ 815,10
Recessione-resezione-inginocchiamento, trattamento di	€ 497,90
Strabismo paralitico, intervento per	€ 815,10
<u>Interventi chirurgici oculistica - bulbo oculare</u>	
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	€ 1.358,50

Enucleazione con innesto protesi mobile	€ 980,20
Eviscerazione con impianto intraoculare	€ 980,20
<u>Interventi chirurgici oculistica - trattamenti laser</u>	
Chirurgia refrattiva (qualunque tecnica)	€ 526,50
Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, neovascolari	€ 105,30
Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze(trattamento completo)	€ 241,80
Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni (a seduta)	€ 81,90
Laserterapia iridea (per intero ciclo)	€ 195,00
Laserterapia lesioni retiniche(per intero ciclo)	€ 270,40
Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta)	€ 81,90
Trattamenti laser per cataratta secondaria	€ 165,10
<u>Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia – bendaggi</u>	
Bendaggio alla colla di zinco	€ 46,80
Bendaggio collare di Schanz	€ 41,60
Bendaggio con doccia di immobilizzazione	€ 48,10
Bendaggio con medicazione	€ 26,00
Bendaggio secondo Desault	€ 67,60
Bendaggio semplice con ovatta e garza	€ 22,10
Bendaggio torace senza arto superiore	€ 22,10
Stecca di Zimmer per dito, applicazione di	€ 32,50
<u>Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - apparecchi gessati</u>	
Arto inferiore	€ 94,90
Arto superiore	€ 107,90
Calco di gesso per protesi arti	€ 81,90
Corsetto con/senza spalle	€ 135,20
Corsetto speciale per scoliosi e/o cifosi	€ 195,00
Corsetto tipo Minerva	€ 180,70
Delbet	€ 53,30
Gypsotomia	€ 32,50
Pelvicondiloideo	€ 202,80
Pelvimalleolare	€ 202,80
Pelvipedidio	€ 202,80
Scarpetta gessata	€ 53,30
Stecca da dito	€ 32,50
<u>Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - lussazioni e fratture</u>	
Riduzione incruenta di fratture-lussazioni	€ 235,30

Riduzione incruenta di lussazione traumatica	€ 245,70
Applicazione di filo o chiodo tran scheletrico	€ 150,80
<u>Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi incruenti</u>	
Mobilizzazione incruenta di rigidità	€ 145,60
Osteoclasia	€ 226,20
Torticollo e scoliosi su letto speciale, correzione di	€ 226,20
Terapia con “onde d’urto” per seduta (max 5/anno solare)	€ 68,90
<u>Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi cruenti</u>	
Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica e metodica. Per trattamento completo si intende anche eventuale neurolisi e/o sinoviectomia nell'ambito dell'intervento principale.	
Acromioplastica anteriore	€ 1.085,50
Agoaspirato osseo	€ 81,90
Alluce valgo	€ 678,60
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	€ 1.358,50
Amputazione (trattamento completo)	€ 668,20
Artrocentesi	€ 39,00
Artrodesi vertebrale (qualsiasi via di accesso)	€ 2.405,00
Artrodesi	€ 698,10
Artrolisi	€ 517,40
Artroplastiche con materiali biologici	€ 754,00
Artroprotesi: polso	€ 1.510,60
Artroprotesi: spalla	€ 2.399,80
Artroprotesi: anca (trattamento completo)	€ 2.687,10
Artroprotesi: ginocchio	€ 2.415,40
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	€ 1.510,60
Artroscopia diagnostica (come unico intervento)	€ 166,40
Ascesso freddo, drenaggio di	€ 81,90
Biopsia ossea	€ 165,10
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrale	€ 769,60
Biopsia vertebrale a cielo aperto	€ 497,90
Borsectomia	€ 331,50
Calcaneo stop	€ 497,90
Chemoneucleolisi per ernia discale	€ 1.358,50
Cisti meniscale o parameniscale, asportazione di	€ 739,70
Condrectomia	€ 241,80
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	€ 709,80
Costola cervicale e “outlet syndrome”, intervento per	€ 1.206,40
Costruzione di monconi cinematici	€ 906,10

Disarticolazione interscapolo toracica	€ 2.264,60
Disarticolazioni	€ 1.393,60
Elsmie-Trillat, intervento di	€ 709,80
Emipelvectomia	€ 2.399,80
Epifisiodesi	€ 1.085,50
Ernia del disco (qualsiasi sede), intervento per (qualsiasi via di accesso)	€ 2.445,30
Esostosi semplice, asportazione di	€ 497,90
Frattura esposta, pulizia chirurgica di	€ 361,40
Infiltrazione articolare	€ 13,00
Laterale release	€ 241,80
Legamenti articolari del ginocchio con o senza meniscectomia (anche in artroscopia) ricostruzione di	€ 1.584,70
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	€ 1.206,40
Meniscectomia (qualsiasi tecnica) (trattamento completo)	€ 1.251,90
Midollo osseo, espianto di	€ 406,90
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	€ 1.206,40
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	€ 949,00
Osteosintesi vertebrale	€ 1.810,90
Osteosintesi dei segmenti ossei	€ 943,80
Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)	€ 815,10
Osteotomia semplice	€ 573,30
Perforazione alla Boeck	€ 226,20
Prelievo di trapianto osseo con innesto	€ 709,80
Pseudoartrosi dei segmenti ossei (trattamento completo)	€ 994,50
Puntato tibiale o iliaco	€ 53,30
Radiodistale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	€ 1.660,10
Reimpianti di arto o suo segmento	€ 4.227,60
Resezione articolare	€ 906,10
Resezione ossea	€ 906,10
Riallineamento metatarsale	€ 949,00
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica	€ 1.137,50
Rimozione mezzi di sintesi	€ 436,80
Rottura cuffia rotatoria della spalla, riparazione	€ 1.085,50
Scapulopessi	€ 965,90
Scoliosi, intervento per	€ 2.264,60
Sinovialectomia (come unico intervento)	€ 549,90
Spalla, resezioni complete secondo Tichhor-Limberg	€ 2.113,80
Stenosi vertebrale e lombare	€ 2.264,60
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento	€ 1.358,50
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	€ 1.206,40
Toilette chirurgica e piccole suture	€ 81,90

Trapianto di midollo osseo (omnicomprensivo di servizi ed atti medici)	€ 7.549,10
Traslazione muscoli cuffia e rotatori della spalla	€ 755,30
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, asportazione di	€ 1.015,30
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali , asportazione di	€ 2.415,40
Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)	€ 2.415,40
Volkman, intervento per retrazioni ischemiche	€ 1.358,50
<u>Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia tendini - muscoli - aponevrosi - nervi periferici</u>	
Cisti tendinea (come unico intervento)	€ 361,40
Deformità ad asola	€ 949,00
Dito a martello	€ 406,90
Gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	€ 331,50
Neurinoma di Morton, intervento per	€ 843,70
Sindromi canalicolari del piede	€ 755,30
Tenolisi (come unico intervento)	€ 406,90
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	€ 452,40
Tenorrafia	€ 936,00
Tenotomia, miotomia, aponeurectomia (come unico intervento)	€ 815,10
Torcicollo miogeno congenito, int. Per	€ 815,10
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	€ 906,10
<u>Interventi chirurgici ostetricia</u>	
Aborto terapeutico	€ 421,20
Amnioscopia	€ 53,30
Assistenza al parto eutocico, distocico, plurimo, podalico, prematuro, pilotato (comprensiva di qualsiasi atto operativo chirurgico e della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero)	€ 1.206,40
Parto tramite taglio cesareo conservativo o demolitivo, comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero	€ 1.558,70
Cerchiaggio cervicale	€ 406,90
Colpoperineorrafia per deiscenza sutura, intervento di	€ 270,40
Cordocentesi	€ 406,90
Fetoscopia	€ 406,90
Lacerazione cervicale, sutura di	€ 226,20
Laparotomia esplorativa	€ 845,00
Mastite puerperale, trattamento chirurgico	€ 165,10
Revisione delle vie del parto, intervento per	€ 406,90
Revisione di cavità uterina per aborto in atto- postabortivo-in puerperio, intervento per	€ 406,90
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparatomica, intervento di	€ 702,00
Secondamento manuale	€ 135,20
	€ -
<u>Interventi chirurgici otorinolaringoiatria – orecchio</u>	
	€ -

Antroatticotomia con labirintectomia	€ 1.660,10
Ascesso cerebrale o extradurale, apertura per via trans mastoidea	€ 1.961,70
Atresia auris congenita completa	€ 1.961,70
Fistole congenite, asportazione di	€ 543,40
Mastoidectomia	€ 1.283,10
Miringoplastica	€ 958,10
Miringotomia (come unico intervento)	€ 105,30
Neoplasia del padiglione, exeresi di	€ 406,90
Neoplasie del condotto, exeresi	€ 497,90
Nervo vestibolare, sezione del	€ 2.869,10
Neurinoma dell' ottavo paio	€ 2.988,70
Osteomi del condotto, asportazione di	€ 406,90
Petrosectomia	€ 2.187,90
Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di	€ 165,10
Sacco endolinfatico, chirurgia del	€ 1.660,10
Stapedectomia	€ 1.510,60
Stapedotomia	€ 1.569,10
Timpanoplastica con/senza mastoidectomia	€ 1.216,80
Timpanotomia esplorativa	€ 406,90
Tumori dell' orecchio medio, asportazione di	€ 1.206,40
<u>Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - naso e seni paranasali</u>	
Adenotonsillectomia	€ 724,10
Atresia coanale, intervento per	€ 906,10
Cisti e piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	€ 241,80
Corpi estranei, asportazione di	€ 41,60
Diaframma coanale osseo, asportazione per via trans palatina	€ 709,80
Etmoide, svuotamento radicale	€ 813,80
Fistole oro antrali	€ 270,40
Fratture delle ossa nasali, riduzioni di	€ 270,40
Instillazione sinusale (per ciclo di terapia)	€ 41,60
Ozena, cura chirurgica dell'	€ 543,40
Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	€ 241,80
Rinofima, intervento	€ 543,40
Rinosettoplastica con innesti di osso	€ 1.206,40
Seni paranasali, intervento sui	€ 1.306,50
Seno frontale, svuotamento	€ 543,40
Seno mascellare, svuotamento radicale	€ 542,10
Seno sfenoidale, apertura per via trans nasale	€ 1.206,40
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale	€ 1.307,80

Settoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia	€ 1.140,10
Sinechie nasali, recisione di	€ 53,30
Speroni o creste del setto, asportazione di	€ 135,20
Tamponamento nasale anteriore	€ 26,00
Tamponamento nasale antero-posteriore	€ 53,30
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	€ 678,60
Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di	€ 2.264,60
Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento)	€ 226,20
Turbinotomia (come unico intervento)	€ 165,10
Varici del setto, trattamento di	€ 68,90
<u>Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - faringe - cavo orale - orofaringe - ghiandole salivari</u>	
Ascesso peritonsillare, incisione	€ 135,20
Ascesso retro-faringeo o latero-faringeo	€ 226,20
Corpi estranei endofaringei, asportazione di	€ 81,90
Fibroma rinofaringeo	€ 1.206,40
Leucoplachia, asportazione	€ 107,90
Neoplasie parafaringee	€ 1.901,90
Tonsillectomia	€ 633,10
Neoplasia faringotonsillare, asportazione di	€ 708,50
Ugulotomia	€ 135,20
Velofaringoplastica	€ 1.055,60
<u>Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - laringe e ipofaringe</u>	
Adduttori, intervento per paralisi degli	€ 1.660,10
Ascesso dell' epiglottide, incisione	€ 165,10
Biopsia in laringoscopia	€ 93,60
Cauterizzazione endolaringea	€ 45,50
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	€ 769,60
Cordectomia	€ 1.432,60
Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	€ 270,40
Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	€ 965,90
Dilatazione laringea (per seduta)	€ 66,30
Laringectomia parziale con o senza svuotamento laterocervicale monolaterale	€ 1.735,50
Laringectomia totale con o senza svuotamento laterocervicale	€ 2.314,00
Laringocele	€ 1.055,60
Laringofaringectomia totale	€ 1.961,70
Neoformazioni benigne, asportazione	€ 452,40
Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	€ 406,90
Pericondrite ed ascesso perilaringeo	€ 452,40

<u>Interventi chirurgici urologia - piccoli interventi e diagnostica urologica</u>	
Cambio tubo cistostomico (*)	€ 37,70
Cambio tubo pielostomico (*)	€ 87,10
Cateterismo vescicale (unico trattamento) (*)	€ 44,20
Esame urodinamico completo (compresi eventuali test farmacologici) (*)	€ 115,70
Parafimosi, riduzione incruenta di (*)	€ 59,80
Rigidometria peniena notturna (3 notti - RIGISCAN) (*)	€ 166,40
Uretra, dilatazione con sonde morbide o rigide (per seduta) (*)	€ 54,60
Uroflussimetria (*)	€ 37,70
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali non viene riconosciuta l'applicazione della tariffa di sala operatoria.	
<u>Interventi chirurgici urologia - endoscopia diagnostica</u>	
Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	€ 107,90
Cistoscopia ed eventuale biopsia	€ 165,10
Cromocistoscopia e cateterismo ureterale	€ 205,40
Ureteroscopia (omnicomprensiva)	€ 178,10
<u>Interventi chirurgici urologia - endoscopia operativa</u>	
Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	€ 603,20
Collo vescicale e prostata, resezione endoscopica del	€ 874,90
Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	€ 331,50
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali (per seduta)	€ 241,80
Formazioni ureterali, resezione endoscopica di	€ 678,60
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	€ 1.112,80
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, etc.	€ 867,10
Meatotomia uretrale/ureterale (come unico intervento)	€ 180,70
Nefrostomia percutanea	€ 504,40
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	€ 1.146,60
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	€ 1.388,40
Reflusso vescico ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	€ 709,80
Stenting ureterale (come unico intervento)	€ 278,20
Ureterocele, intervento endoscopico per	€ 678,60
Uretrotomia endoscopica	€ 543,40
Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	€ 406,90
Wall Stent per stenosi uretrali con eventuale nefrostomia	€ 897,00
<u>Interventi chirurgici urologia - rene</u>	
Agobiopsia renale percutanea	€ 135,20

Laparatomia esplorativa del rene comprese eventuali biopsie	€ 666,90
Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	€ 174,20
Cisti renale, resezione	€ 603,20
Eminefrectomia	€ 1.961,70
Litotripsia per calcolosi renale e/o ureterale (tratt. completo)	€ 1.886,30
Lobotomia per ascessi pararenali	€ 1.055,60
Nefrectomia	€ 1.623,70
Nefropessi	€ 1.055,60
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	€ 906,10
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	€ 2.278,90
Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	€ 949,00
Pielocentesi (come unico intervento)	€ 241,80
Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	€ 1.510,60
Pielouretero plastica per stenosi del giunto	€ 1.418,30
Surrenectomia (trattamento completo)	€ 2.173,60
Trapianto di rene	€ 9.059,70
<u>Interventi chirurgici urologia - uretere</u>	
Transuretero-ureteroanastomosi	€ 949,00
Uretero-ileo-anastomosi	€ 2.263,30
Ureterocistoneostomia	€ 1.280,50
Ureterocutaneostomia monolaterale	€ 1.010,10
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti, intervento di	€ 1.812,20
Ureteroileocutaneostomia non continente	€ 1.358,50
Ureterolisi più omentoplastica	€ 709,80
Ureterolitotomia	€ 1.068,60
Ureterosigmoidoscopia	€ 2.505,10
<u>Interventi chirurgici urologia - vescica</u>	
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	€ 678,60
Cistectomia parziale	€ 1.222,00
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia	€ 2.264,60
Cistolitotomia (come uico intervento)	€ 543,40
Cistopessi	€ 739,70
Cistorrafia per rottura traumatica	€ 603,20
Cistostomia sovrapubica	€ 331,50
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	€ 1.510,60
Diverticulectomia	€ 1.085,50
Estrofia vescicale (trattamento completo)	€ 2.566,20
Fistola e/o cisti dell' uraco, intervento per	€ 980,20

Processi fistolosi con la vescica	€ 1.443,00
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	€ 1.810,90
Vescicoplastica antireflusso	€ 1.522,30
<u>Interventi chirurgici urologia - prostata</u>	
Agoaspirato/agobiopsia prostata	€ 96,20
Cura per affezione della prostata con prostathermer (per ciclo di cura annuale)	€ 678,60
Prostatectomia con eventuale linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	€ 2.038,40
<u>Interventi chirurgici urologia - uretra</u>	
Calcoli o corpi estranei, rimozione di	€ 270,40
Caruncola uretrale	€ 270,40
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	€ 543,40
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell' uretra	€ 678,60
Epispadia e ipospadia con eventuale plastica, intervento per	€ 1.554,80
Fistole uretrali	€ 1.146,60
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	€ 949,00
Meatotomia e meatoplastica	€ 361,40
Polipi del meato, coagulazione di	€ 165,10
Prolasso mucoso uretrale	€ 361,40
Resezione uretrale e uretrorrafia	€ 1.055,60
Rottura traumatica dell' uretra	€ 906,10
Terapia rieducativa minzionale (per seduta)	€ 13,00
Uretrectomia totale	€ 1.055,60
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	€ 1.055,60
Uretrostomia perineale	€ 678,60
<u>Interventi chirurgici urologia - apparato genitale maschile</u>	
Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	€ 270,40
Cisti del funicolo ed epididimo, exeresi	€ 543,40
Deferenti, (interventi dei)	€ 474,50
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	€ 1.810,90
Epididimectomia	€ 739,70
Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	€ 444,60
Fistole scrotali o inguinali	€ 709,80
Frenulotomia e frenuloplastica	€ 165,10
Funicolo, detorsione del	€ 739,70
Idrocele, intervento per	€ 543,40
Induratio penis plastica	€ 755,30
Iniezione endocavernosa	€ 22,10

Interventi sui corpi cavernosi (corporoplastiche, etc.)	€ 1.016,60
Orchidopessi	€ 1.055,60
Orchiepididimectomia con eventuale protesi	€ 1.142,70
Interventi sul pene con eventuale protesi	€ 1.251,90
Priapismo, intervento per	€ 807,30
Scroto, resezione dello	€ 436,80
Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	€ 678,60
Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per	€ 1.358,50
Varicocele, intervento per	€ 1.159,60

Allegato n. 5

Le prestazioni elencate nel presente tariffario sono riconosciute qualora previste dal Piano Sanitario.

TARIFFARIO APPLICATO AL LABORATORIO E DIAGNOSTICA

Descrizione prestazione	Importo convenzionato in €
-------------------------	----------------------------

Esami di laboratorio

Analisi citogenetica	€ 80,00
Anticorpi anti retrovirus (HTLV1 - HTLV2)	€ 43,00
Biologia molecolare, qualsiasi tipo di ricerca	€ 37,00
Breath test	€ 30,00
C peptide dopo carico di glucosio (4 dosaggi)	€ 21,00
Colture	€ 60,00
Conservazione di campioni di DNA o RNA	€ 80,00
Crioconservazione di cellule staminali (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto)	€ 235,00
Crioconservazione (Altro)	€ 20,00
Test di stimolo ormonali	€ 30,00
Emofilia A e B	€ 76,00
Fattore V di Leiden	€ 35,00
Free beta/MSA-FP screening (13,2-22,3 sett.)	€ 76,00
Free beta/PAPP-A screening (8,5-13,2 sett.)	€ 76,00
Gastropanel	€ 32,00
Materiale genetico virale	€ 54,00
Identificazione di specificità anti HLA contro pannello linfocitario	€ 59,00
Immunoglobuline E specifiche (RAST) (qualsiasi numero di dosaggi per alimenti o per inalanti)	€ 21,00
Microarray proteomico per IgE specifiche (qualsiasi numero di determinazioni)	€ 64,00
Pannello di Torch (tox, cito, rubeo, herpes) IgG o IgM	€ 27,00
Prova di compatibilità molecolare pre-trapianto	€ 80,00
Prova di compatibilità sierologica pre-trapianto	€ 35,00
Screening per anemia falciforme	€ 76,00
Screening per talassemia Tay Sachs	€ 76,00
Test alla metacolina	€ 27,00
Test alla secretina	€ 27,00
Test alla Tolbutamide	€ 27,00
Tipizzazione genomica HLA	€ 79,00
Tritest o bitest	€ 28,00

Virus ibridazione acidi nucleici	€	39,00
Altro	€	3,00
<u>Esami cito/istologici/immunoistochimici</u>		
Citologico	€	20,00
Immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche, per singolo anticorpo usato (citocheratina, vimentina, EMA, S-100, HMB45, GFAP-1)	€	23,00
Immunofenotipo di popolazioni linfocitarie per diagnosi di linfoma	€	112,00
Immunoistochimica su paraffina: estrogeni o progesterone o indici di proliferazione cellulare	€	23,00
Istologico	€	30,00
Altro	€	3,00
<u>Prelievi</u>		
Prelievi	€	5,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		
<u>Esami radiologici</u>		
RX	€	20,00
Artrografia	€	50,00
Broncografia, monolaterale o bilaterale	€	91,00
Cavernosografia	€	60,00
Cistografia	€	45,00
Cistouretrografia minzionale	€	72,00
Clisma opaco con doppio contrasto	€	71,00
Colangiografia	€	40,00
Colangiopancreatografia diagnostica (ERCP Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography)	€	150,00
Colecistografia	€	30,00
Colpo-cisto-defecografia	€	80,00
Dacriocistografia	€	64,00
Defecografia	€	64,00
Derivazioni liquorali, controllo radiologico	€	13,00
Determinazione diametri pelvici	€	19,00
Età ossea (mano e polso o ginocchio, etc.)	€	12,00
Fistolografia	€	61,00
Galattografia	€	64,00
Isterosalpingografia (compreso esame diretto) - compresa prestazione del radiologo/ginecologo	€	80,00
Mammografia	€	30,00
Mielografia cervicale o dorsale	€	96,00
Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie	€	14,00

Pielografia	€ 50,00
Pielouretrografia percutanea	€ 107,00
Pneumocistografia mammaria	€ 96,00
Radicolografia	€ 96,00
Scialografia	€ 49,00
Stratigrafia	€ 35,00
Studio dei tempi di transito intestinale	€ 58,00
Studio selettivo ultima ansa	€ 26,00
Telecuore con esofago baritato	€ 25,00
Teleradiografia del cranio (qualsiasi numero di proiezioni)	€ 20,00
Uretrocistografia ascendente e minzionale	€ 72,00
Urografia (esame completo)	€ 107,00
Vescicolo deferentografia	€ 116,00
<u>Angiografia</u>	
Angiografia	€ 300,00
Arteriografia	€ 350,00
Cavografia inferiore o superiore	€ 335,00
Controllo TIPS	€ 200,00
Flebografia arti superiori e cavografia	€ 335,00
Flebografia ovarica bilaterale	€ 275,00
Flebografia spermatica monolaterale	€ 275,00
Flebografia spermatica bilaterale	€ 330,00
Flebografia spinale	€ 230,00
Flebografia (Altro)	€ 150,00
Linfografia	€ 160,00
Panangiografia cerebrale	€ 900,00
<u>Ecografia – Doppler – ecodoppler – colordoppler</u>	
Ecografia endobronchiale	€ 360,00
Ecografia intravascolare (IVUS) per qualsiasi intervento	€ 400,00
Ecografia (Altro)	€ 30,00
Ecocardiogramma doppler o colordoppler transesofageo	€ 135,00
Ecocardiogramma (Altro)	€ 40,00
Fegato e vie biliari - Ghiandole salivari bilaterali - Grossi vasi - Intestinale - Linfonodi nono/bilaterali Mammaria monolaterale o bilaterale - Mediastinica o emitoracica - Milza - Muscolare, tendinea o articolare - Oculare e Orbitaria- Pancreatica - Parti molli - Pelvica (utero, annessi e vescica) - Peniena - Prostatica e vescicale, sovrappubica - Renale e surrenale bilaterale - Testicolare (bilaterale) - Tiroidea e paratiroidea - Vescicale (compreso eventuale uso del mezzo di contrasto)	€ 25,00
Isterosonosalpingografia o sonosalpingografia (compreso mezzo di contrasto)	€ 60,00
Doppler ed Ecodoppler	€ 35,00
Fibroscan (compresa ecografia epatica)	€ 35,00

<u>Endoscopia</u>	
Diagnostica endoscopica	€ 70,00
<u>Densitometria mineralometria ossea (MOC)</u>	
MOC	€ 30,00
<u>Tomografia computerizzata (TAC)</u>	
Uso di qualsiasi mezzo di contrasto	€ 40,00
T.A.C. (Tomografia Assiale Computerizzata)	€ 110,00
Angio T.C.	€ 110,00
T.A.C. virtuale (TC più ricostruzione 3d più endoscopia virtuale)	€ 100,00
Dentascan o Tomografia volumetrica a fascio conico	€ 80,00
Mielo T.C. (qualsiasi tratto)	€ 190,00
O.C.T. - Tomografia a coerenza ottica	€ 75,00
Scialo-TC	€ 80,00
T.C. total body: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi	€ 200,00
Uro - T.C.	€ 95,00
TAC/PET - compreso radioisotopo ed eventuale trasporto	€ 400,00
<u>Risonanza Magnetica</u>	
Uso di qualsiasi mezzo di contrasto	€ 40,00
R.M.N. (Risonanza Magnetica Nucleare)	€ 135,00
Angio R.M. (qualsiasi distretto vascolare)	€ 190,00
Cine R.M. come studio funzionale di articolazioni	€ 240,00
Colangio e/o Wirsung RMN	€ 150,00
R.M. Total body: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi	€ 265,00
Scialo-R.M.	€ 130,00
Studio dei flussi liquorali cerebrali	€ 250,00
Uro-R.M.	€ 150,00
<u>Medicina Nucleare apparato circolatorio</u>	
Angiocardioscintigrafia	€ 60,00
Scintigrafia del miocardio	€ 150,00
Studio della funzione ventricolare globale e regionale (GATED-SPECT)	€ 65,00
<u>Medicina Nucleare apparato digerente</u>	
Octreoscan	€ 320,00
Scintigrafia dell'apparato digerente	€ 53,00
<u>Medicina Nucleare apparato ematopoietico</u>	
Scintigrafia dell'apparato ematopoietico	€ 50,00

<u>Medicina Nucleare apparato osteoarticolare</u>	
Scintigrafia ossea	€ 65,00
<u>Medicina Nucleare apparato respiratorio</u>	
Scintigrafia polmonare	€ 85,00
<u>Medicina Nucleare apparato urinario</u>	
Cistoscintigrafia diretta	€ 45,00
Scintigrafia renale	€ 65,00
<u>Medicina Nucleare Fegato - vie biliari - milza</u>	
Scintigrafia epatica	€ 90,00
Scintigrafia epato-biliare sequenziale	€ 65,00
Scintigrafia epatosplenica	€ 65,00
Scintigrafia splenica con emazie autologhe	€ 40,00
<u>Medicina Nucleare sistema nervoso</u>	
Scintigrafia cerebrale	€ 190,00
Scintigrafia del midollo osseo corporeo totale	€ 45,00
<u>Medicina Nucleare tiroide e paratiroide</u>	
Scintigrafia tiroidea	€ 60,00
Scintigrafia delle paratiroidi (inclusa scintigrafia tiroidea)	€ 75,00
Scintigrafia globale corporea per ricerca metastasi tumori tiroidei	€ 85,00
<u>Medicina nucleare (scintigrafia) Altri organi</u>	
Altro (esclusi i casi descritti)	€ 200,00
DIAGNOSTICA STRUMENTALE SPECIALISTICA	
<u>Diagnostica strumentale allergologia - test in vivo</u>	
Immunoterapia specifica iniettiva o immunoterapia specifica con veleno di imenotteri	€ 5,00
Test allergologici (qualsiasi tipo)	€ 25,00
<u>Diagnostica strumentale cardiologia</u>	
Cardiotocografia	€ 15,00
Elettrocardiogramma	€ 30,00
Test ergometrico	€ 55,00
Altra diagnostica cardiologica	€ 65,00
<u>Diagnostica strumentale neurologia</u>	

Elettroencefalogramma	€	95,00
Elettromiografia completa senza distinzione di segmento	€	25,00
Cura del sonno (terapia completa)	€	135,00
Altra diagnostica neurologica	€	55,00
Diagnostica strumentale oculistica (effettuata da medico specialista oculista)		
Fluorangiografia	€	70,00
Altra diagnostica oculistica	€	35,00
Diagnostica strumentale otorinolaringoiatria		
Esame audiometrico tonale e vocale	€	15,00
Esame vestibolare	€	30,00
Altra diagnostica otorinolaringoiatria	€	15,00
Diagnostica strumentale pneumologia		
Spirometria	€	35,00
Altra diagnostica pneumologica	€	20,00
Aerosolterapia (non eseguite in stabilimenti termali)	€	3,00

Allegato n. 6

Le prestazioni elencate nel presente tariffario sono riconosciute qualora previste dal Piano Sanitario.

TARIFFARIO APPLICATO ALLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Descrizione prestazione

Importo
convenzionato
in €

Esami di laboratorio

CONSERVATIVA

Sigillatura (per ogni dente)		
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€	10,00
Incappucciamento della polpa		
Altro	€	50,00

CHIRURGIA

Frenulotomia o frenulectomia	€	20,00
Biopsie (qualunque numero)	€	30,00
Estrazione di dente o radice	€	30,00
Medicazione chirurgica (per seduta - max 3 sedute)	€	15,00
Altro	€	50,00

IMPLANTOLOGIA

IMPIANTO OSTEOINTEGRATO(ricoperti in ceramica, carbon-vitreous, idrossiapatite, titanio puro) per elemento - come unica prestazione	€	290,00
---	---	--------

<p>INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE O AMPLIAMENTO ORIZZONTALE E/O VERTICALE DI CRESTA ALVEOLARE (QUALSIASI TECNICA, TRATTAMENTO COMPLETO) CON PRELIEVO DI OSSO AUTOLOGO INTRAORALE ED INNESTO E/O INSERIMENTO DI QUALSIASI MATERIALE DA INNESTO - INTERVENTO AMBULATORIALE - PER EMIARCATA</p>	
<p>MINI IMPLANT COMPRESI ATTACCHI DI PRECISIONE</p>	

PROTESICA

<p>PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE PROVVISORIA ,comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile</p>	€	65,00
<p>SINGOLO ATTACCO DI SEMIPRECISIONE /PRECISIONE IN LNP</p>	€	80,00
<p>Perno moncone e/o ricostruzione</p>	€	60,00
<p>Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato</p>	€	30,00
<p>Ribasatura</p>	€	50,00
<p>Corona protesica</p>	€	20,00
<p>Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte</p>	€	10,00
<p>Riparazioni</p>	€	25,00
<p>Altro</p>	€	100,00

ORTOGNATODONZIA

<p>Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno - adolescenti</p>	€	595,00
<p>Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno – adulti</p>	€	595,00
<p>Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno</p>	€	410,00
<p>Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio</p>	€	41,00
<p>Bite notturno</p>	€	148,00

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA

<p>Ablazione tartaro (1) (3)</p>		
<p>Visita orale</p>	€	15,00
<p>Visita orale di controllo periodica</p>		

Levigatura delle radici e/o courettage gengivale (per 6 denti) (2) (3)		
Legature dentali (per 4 denti)	€	50,00
Molaggio selettivo parziale	€	20,00
Amputazioni radicolari	€	45,00
Altro	€	100,00

DIAGNOSTICA

Radiografia endorale (ogni due elementi)		
Radiografia endorale per arcate		
Bite Wing	€	12,00
Ortopantomografia od ortopantomografica		
Teleradiografia		
Altro	€	90,00

Allegato n. 7

Le prestazioni elencate nel presente tariffario sono riconosciute qualora previste dal Piano Sanitario.

TARIFFARIO APPLICATO ALLE PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Descrizione prestazione	Importo convenzionato in €
Corsetto ortopedico	€ 30,00
Protesi acustica	€ 200,00
Protesi articolare	€ 500,00
Protesi arto	€ 300,00
Tutore di funzione arto	€ 30,00
Tutore di riposo o di posizione	€ 10,00

Allegato n. 8

Le prestazioni elencate nel presente tariffario sono riconosciute qualora previste dal Piano Sanitario.

TARIFFARIO APPLICATO AI TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI

Descrizione prestazione	Importo convenzionato in €
Riabilitazione	€ 7,00
Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)	€ 2,00
Onde d'urto - Trattamenti ambulatoriali per tessuti molli, senza anestetici, omnicomprensivi dei compensi professionali, uso della struttura sanitaria ed eventuali materiali e medicinali: a seduta (massimo rimborsabile 10 sedute l'anno)	€ 10,00
Onde d'urto - Trattamenti ambulatoriali per tessuti osteo-articolari, senza anestetici, omnicomprensivi dei compensi professionali, uso della struttura sanitaria ed eventuali materiali e medicinali: a seduta (massimo rimborsabile 10 sedute l'anno)	€ 15,00
Kinesiterapia (terapia di movimento)	€ 3,00

Allegato n. 9

Le prestazioni elencate nel presente tariffario sono riconosciute qualora previste dal Piano Sanitario.

TARIFFARIO APPLICATO ALLE VISITE SPECIALISTICHE

Descrizione prestazione	Importo convenzionato in €
Visita specialistica	€ 80,00

ALLEGATO 10

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196

In conformità all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196 (di seguito denominato Codice), la sottoscritta Società – in qualità di titolare - La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti (art. 7 del Codice).

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili ⁽¹⁾, al fine di fornire i servizi assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge⁽²⁾, – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi.

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali e/o ricerche di mercato

In caso di Suo consenso i Suoi dati potranno essere utilizzati al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche e di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto sulla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

Modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti⁽³⁾, sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattarli, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

I Suoi dati possono essere comunicati ad altri soggetti, facenti parte del settore assicurativo o ad esso correlati, con funzioni di natura tecnica, organizzativa e operativa⁽⁴⁾. Tali soggetti tratteranno i Suoi dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in totale autonomia, in qualità di distinti Titolari.

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Diritti dell'interessato⁽⁵⁾

Titolare del trattamento è RBM Salute S.p.A. che si avvale di Responsabili.

Lei ha il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile. Lei ha anche il diritto di ottenere l'indicazione dell'origine dei Suoi dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati; ha inoltre il diritto di ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco e di opporsi al loro trattamento.

Per l'esercizio dei suoi diritti ai sensi dell'art.7 del Codice e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al responsabile designato per il riscontro all'interessato inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'ufficio privacy presso la sede secondaria di RBM Salute S.p.A. Via Nino Bixio, 31 – 20129 Milano.

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo a):

Luogo e data	Contraente/Assicurato (leggibili)	Firma (in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità promozionali e/o ricerche di mercato, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo b):

- do il consenso nego il consenso

Luogo e data	Contraente/Assicurato (leggibili)	Firma (in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Note

1) L'art. 4, comma 1 lett. d) del Codice definisce "sensibili" i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

2) Ad esempio lo prevede la disciplina contro il riciclaggio.

3) Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

4) Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "*catena assicurativa*": agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionali di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la nostra società ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni).

5) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può sempre essere esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

RBM Salute S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel. +39 0422 1745111 – Fax: +39 0422 1745025
direzionecommerciale@rbmsalute.it

Sede Secondaria:
via Nino Bixio 31 - 20129 Milano (MI)
Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702
Internet: www.rbmsalute.it - E-Mail: info@rbmsalute.it

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 20.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

