

NOMENCLATORE PIANO SANITARIO
QUADRI DIRETTIVI ED AREE PROFESSIONALI
GRUPPO BANCO DESIO
DECORRENZA 01/01/2017 – 31/12/2019

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

DEFINIZIONI

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assistito: il soggetto il cui interesse è protetto dal Piano Sanitario.

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

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

Cassa/Fondo: Cassa Assistenza PREVIP, C.so Italia 23 - 20122 Milano, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Centrale Operativa: la struttura di Previmedical S.p.A. in funzione 365 giorni l'anno, 24 ore su 24, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con RBM Assicurazione Salute, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assistito ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete" dal piano sanitario.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

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

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie). La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

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

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

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

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

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Invalidità Permanente da Infortunio: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile, a seguito di infortunio, della validità fisica dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

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

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assistito siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

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

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

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.cassaprevip.rbmsalute.it.

Nucleo familiare: il coniuge o convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti dallo stato di famiglia.

In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

Optometrista: professionista sanitario, non medico, laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi e/o soggettivi strumentali lo stato refrattivo del soggetto, al fine di determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica al soggetto.

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

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

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

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

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

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

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

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata il piano sanitario.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia (o massofisioterapista diplomato anteriormente all'istituzione dei corsi di laurea in fisioterapia e cioè entro il 17 marzo 1999), effettuate esclusivamente presso Centri Medici, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE GARANTITE

Oggetto del Piano Sanitario

Il presente Piano Sanitario è operante in caso di malattia e in caso di infortunio che abbiano dato luogo durante l'operatività dell'adesione a Cassa Previp a spese sostenute dall'Assistito per le prestazioni qui elencate:

- A. Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico;
- B. Prestazioni di alta specializzazione;
- C. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- D. Pacchetto maternità (garanzia operante per il solo titolare);
- E. Lenti;
- F. Massoterapia;
- G. Cure dentarie da infortunio;
- H. Altre cure dentarie;
- I. Interventi chirurgici odontoiatrici;
- J. Prestazioni odontoiatriche particolari;
- K. Protesi ortopediche ed acustiche;
- L. Medicinali;
- M. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- N. Prevenzione
- O. Inabilità e non autosufficienza (garanzia operante per il solo titolare);
- P. Immunonutrizione
- Q. Monitoraggio remoto del paziente
- R. Dispositivi iHelath®

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A. Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico

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

La Cassa provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito.

Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

Retta di degenza

Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie.

Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di **ricovero a rimborso** la garanzia è prestata nel limite di **€ 100,00** al giorno per un massimo di 180 giorni per ricovero.

Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 60,00** al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero, anche al di fuori del ricovero in caso di certificata inabilità totale, temporanea o permanente. La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura esclusivamente nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

1. Trasporto sanitario

La Cassa rimborsa le spese di trasporto dell'Assistito in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro, anche all'estero, e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 3.000,00 per ricovero.

2. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), la Cassa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste alla lettera A "Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico" e al punto 1 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

Questa garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

3. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Cassa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste alla lettera A "Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico" limitatamente ai paragrafi "Intervento chirurgico" e "Assistenza medica, medicinali, cure" con i relativi limiti in esso indicati.

4. Parto e aborto terapeutico

In caso di parto cesareo, la Cassa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste alla lettera A "Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico" limitatamente ai paragrafi "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza", "Post-ricovero" con i relativi limiti in esso indicati.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 6.000,00 per anno e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture.

In caso di parto naturale o di aborto terapeutico indennizzabili a termini del presente nomenclatore e avvenuti in istituto di cura, le suddette spese sono rimborsate nel limite di € 3.000,00 per anno e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

5. Neonati

I neonati sono ritenuti in copertura dal momento della nascita per le identiche garanzie e per le medesime somme previste per la madre, con decorrenza immediata, sempreché vengano inclusi in garanzia mediante comunicazione alla Cassa e previo pagamento del contributo (se dovuto) entro 30 giorni dalla nascita. In tal caso, per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro il limite massimo di € 30.000,00.

6. Indennità sostitutiva

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero previste alla lettera A "Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a

seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico” limitatamente ai paragrafi “Pre-ricovero” e “Post ricovero”, avrà diritto a un’indennità di € 100,00 per ciascun giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ricovero.

Le spese relative alle coperture di pre e post ricovero in questo caso vengono prestate senza l’applicazione di eventuali limiti di spesa previsti alla lettera A “Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico”.

Come già indicato per ricovero si intende la degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento: pertanto l’indennità sostitutiva viene conteggiata per ogni notte trascorsa all’interno dell’Istituto di cura. In alternativa all’indennità sostitutiva e al pagamento delle spese pre e post ricovero, sono rimborsate integralmente le eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari.

7. Chirurgia refrattiva

Sono riconosciute le spese previste alla lettera A “Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico” limitatamente agli interventi effettuati:

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

La copertura é prestata fino ad un massimo di € 1.000,00 per anno e per nucleo familiare, esclusivamente in strutture convenzionate con applicazione di una franchigia di € 36,15 per prestazione. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie.

Modalità di erogazione delle prestazioni ospedaliere

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con Previmedical ed effettuate da **medici convenzionati**, le spese per le prestazioni erogate all’Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture convenzionate, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- b) In caso di ricovero in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assistito con l’applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di € 1.500,00 per intervento, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- c) Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con Previmedical ed effettuate da **medici non convenzionati**, le spese relative alle strutture vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture convenzionate, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie; invece le spese relative ai medici non convenzionati sono rimborsate all’Assistito con l’applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di € 1.500,00 per intervento, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- d) Qualora il costo del ricovero sia a completo carico del **Servizio Sanitario Nazionale**, in alternativa all’indennità sostitutiva prevista al punto 6 “Indennità sostitutiva”, la Cassa rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un’eventuale camera a pagamento) rimasti comunque a carico dell’Assistito.



Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione in intramoenia con relativo onere a carico dell'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle precedenti lettere a) oppure b).

Massimale delle prestazioni ospedaliere

Il massimale annuo per il complesso delle garanzie della presente sezione "Prestazioni ospedaliere" corrisponde a € 500.000,00 per nucleo familiare.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B. Prestazioni di alta specializzazione

La Cassa rimborsa le 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 Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

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

Modalità di erogazione delle prestazioni di alta specializzazione

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture stesse, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- b) In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno scoperto del **25% con il minimo non indennizzabile di € 36,15 per ogni prestazione o ciclo di terapia**.
- c) Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Massimale delle prestazioni di alta specializzazione

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 10.000,00 per nucleo.

C. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

La Cassa provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e 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 copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Modalità di erogazione delle prestazioni per visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia fissa di € 36,15 per ogni prestazione, che dovrà essere versata dall'Assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.
- b) In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di una franchigia fissa di € 70,00 per ogni prestazione.
- c) Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Massimale delle prestazioni per visite specialistiche e accertamenti diagnostici

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 3.000,00 per nucleo.

D. Pacchetto maternità (garanzia operante per il solo titolare)

Sono comprese nella garanzia le seguenti prestazioni effettuate per gravidanza:

- ecografie
- analisi clinico chimiche ed indagini genetiche:
 - ✓ analisi di laboratorio
 - ✓ amniocentesi
 - ✓ villocentesi.

Sono inoltre comprese un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

Modalità di erogazione del pacchetto maternità

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Previmedical, le spese per le prestazioni erogate all'Assistita vengono liquidate direttamente alle strutture stesse senza applicazione di franchigie e scoperti.
- b) Nel caso in cui l'Assistita si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Cassa rimborsa integralmente i ticket sanitari.

Massimale delle prestazioni del pacchetto maternità

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per nucleo.

E. Lenti

La Cassa provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto di montature, lenti anche a contatto, a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

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

Modalità di erogazione delle prestazioni per lenti

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato e in forma rimborsuale.

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia fissa di € 36,15 per ogni fattura, che dovrà essere versata dall'Assistito al centro ottico convenzionato al momento dell'acquisto delle lenti e/o occhiali.
- b) In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di una franchigia fissa di € 36,15 per ogni fattura.

Massimale delle prestazioni per lenti

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 330,00 per nucleo.

F. Massoterapia

La Cassa provvede al pagamento delle spese sostenute per prestazioni di massoterapia.

Modalità di erogazione delle prestazioni di massoterapia

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture stesse, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- b) In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 36,15 per ogni prestazione.
- c) Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Massimale delle prestazioni per prestazioni di massoterapia

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 200,00 per nucleo.

G. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto all'art. 20 "Esclusioni" delle CGA, la Cassa in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, liquida all'Assistito le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio.

Modalità di erogazione delle cure dentarie da infortunio

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture stesse

- con l'applicazione di uno scoperto del 15% per ogni fattura, che dovrà essere versato dall'Assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.
- b) In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni fattura.
- c) Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Massimale delle prestazioni per cure dentarie da infortunio

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 2.000,00 per nucleo.

H. Altre cure dentarie

H.1) Prestazioni di Implantologia

In deroga a quanto previsto all'art. 20 "Esclusioni" delle CGA, la garanzia opera nel caso di applicazione di uno o più impianti, senza alcuna limitazione dell'entità della liquidazione anche nel caso di effettuazione di più impianti da parte dell'Assistito.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

Modalità di erogazione delle prestazioni di implantologia

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture stesse con l'applicazione di una franchigia di € 800,00 per ogni impianto, che dovrà essere versato dall'Assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

H.2) Avulsione (estrazione denti)

In deroga a quanto previsto all'art. 20 "Esclusioni" delle CGA, la Cassa provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'effettuazione della prestazione.

Modalità di erogazione delle prestazioni di avulsione

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture stesse con l'applicazione di una franchigia di € 35,00 per ogni estrazione semplice e di € 120,00 per ogni estrazione complessa, che

dovrà essere versato dall'Assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

H.3) Altre cure dentarie

In deroga a quanto previsto all'art. 20 "Esclusioni" delle CGA, la Cassa provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Cassa alle strutture convenzionate al netto delle seguenti franchigie.

Prestazione	Franchigia
Sigillatura (per ogni dente)	€ 25,00
Cavità di 5ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 1ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 2ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 3ª classe di BLACK	€ 80,00
Cavità di 4ª classe di BLACK	€ 80,00
Incappucciamento della polpa	€ 37,00
Intarsio L.P. – Inlay od onlay	€ 250,00
Intarsio in ceramica	€ 300,00
Intarsio in composito	€ 200,00
Ricostruzione di angoli	€ 70,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 125,00
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	€ 70,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 80,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 130,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 175,50
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 270,00
Ritrattamento monocanalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 100,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 150,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 195,50
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 290,00
CHIRURGIA	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 73,00
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 155,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	€ 100,00
Asportazione cisti mascellari	€ 259,00
Asportazione di epulide	€ 93,00
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose,	€ 130,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de	€ 207,00
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 181,00
Frenulotomia o frenulectomia	€ 37,00
Biopsie (qualunque numero)	€ 52,00

PROTESI DENTI	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 225,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata)	€ 110,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 850,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 250,00
Gancio su scheletrito	€ 40,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 150,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	€ 800,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 60,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 395,50
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 500,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 600,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 50,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 135,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrita	€ 60,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 55,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 160,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 340,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 189,00
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 350,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 55,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 35,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	€ 70,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non	€ 20,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 50,00
TERAPIE ORTODONTICHE	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata	€ 1.000,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno	€ 690,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 70,00
Bite notturno	€ 250,00
TRATTAMENTI CHIRURGICI E PARODONTICI	
Levigatura delle radici/o courettage gengivale	€ 45,00
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 25,00
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche	€ 25,00
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	€ 20,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti) (€ 120,00
Placca di svincolo	€ 217,00
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	€ 52,00
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	€ 175,00
Gengivectomia per dente	€ 50,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 186,00
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di	€ 259,00
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	€ 100,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per	€ 326,00
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 388,00
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	€ 434,00

Lembo gengivale semplice	€ 200,00
Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	€ 260,00
Radiografia endorale (ogni due elementi)	€ 16,00
Radiografia endorale per arcate	€ 42,00
Bite wings	€ 20,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	€ 11,00
Ortopantomografia od ortopantomorica	€ 30,00
Teleradiografia	€ 42,00
Dentalscan 1 arcata	€ 181,00
Dentalscan 2 arcate	€ 259,00
Esame elettromiografico	€ 180,00
Esame Kinesiografico	€ 200,00

Massimale delle prestazioni per altre cure dentarie

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

I. Interventi chirurgici odontoiatrici

La Cassa provvede al pagamento esclusivamente delle seguenti spese per:

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

È incluso in garanzia il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale esclusivamente a completamento degli interventi chirurgici odontoiatrici sopraelencati. In caso di regime ospedaliero, sono inclusi in garanzia il rimborso degli onorari medici, dell'assistenza medica, dei medicinali, delle cure e delle rette di degenza.

Modalità di erogazione delle prestazioni per interventi chirurgici odontoiatrici

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con Previmedical ed effettuate da **medici convenzionati**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in forma diretta dalla Cassa alle strutture convenzionate, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, nel limite del massimale previsto per la garanzia.
- b) In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, nel limite del massimale previsto per la garanzia.

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Assistito fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.

Diversamente, resta inteso che l'Assistito dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata con Previmedical S.p.A.

- c) Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Massimale degli interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 3.500,00 per nucleo familiare.

J. Prestazioni odontoiatriche particolari

La Cassa provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione:

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Associato, il medico della struttura convenzionata in accordo con la Cassa riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno, la Cassa provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

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

K. Protesi ortopediche e acustiche

La Cassa provvede al pagamento delle spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

Modalità di erogazione delle prestazioni per protesi ortopediche e acustiche

La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma rimborsuale nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale non convenzionato con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni fattura.

Massimale delle prestazioni per protesi ortopediche e acustiche

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.250,00 per nucleo.

L. Medicinali

La Cassa provvede al pagamento delle spese sostenute per medicinali prescritti a seguito di malattia o infortunio. Rientrano in copertura i medicinali presenti nel prontuario farmacologico: resta in ogni caso escluso il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, prodotti dietologici, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi e da banco.

Modalità di erogazione delle prestazioni per medicinali

La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma rimborsuale nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale non convenzionato con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni scontrino.

Massimale delle prestazioni per medicinali

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 250,00 per nucleo.

M. Trattamenti fisioterapici da infortunio

La Cassa provvede al pagamento delle spese sostenute per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

Modalità di erogazione delle prestazioni per trattamenti fisioterapici da infortunio

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture stesse, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per ogni fattura.
- Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Massimale delle prestazioni per trattamenti fisioterapici da infortunio

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per nucleo.

N. Prevenzione

Gli accertamenti saranno erogati anche in assenza di prescrizione del medico curante o di un medico specialista e sono usufruibili alternativamente dal Titolare o dal coniuge, ad eccezione dei pacchetti N.3 e N.5 che sono dedicati ai figli.

Qualora il Titolare o il coniuge che non abbia potuto attivare la presente copertura, perché già usufruita dall'altro componente del nucleo, intenda accedere ugualmente alla presente garanzia, la Cassa renderà comunque disponibili le stesse prestazioni a tariffa agevolata.

L'Assistito può attivare a sua scelta una volta all'anno solo uno (1) dei sette (7) pacchetti seguenti a condizione che siano trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto prescelto relativo alla presente garanzia e ad eccezione della Prevenzione della Sindrome Metabolica che è sempre garantita.

N.1 Prevenzione Cardiovascolare (una volta ogni 2 anni)

La Cassa provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in un'unica soluzione in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste volte a monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assistito di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>).

Cosa occorre fare prima di compilare il questionario

Il questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.

Nella prima pagina del questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

N.2 Prevenzione Oncologica (una volta ogni 2 anni)

La Cassa provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in un'unica soluzione in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- PSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

N.3 Prevenzione Pediatrica (garanzia attiva a prescindere dall'estensione al nucleo familiare)

Il pacchetto di prevenzione pediatrica prevede una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:

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

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

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

N.4 Prevenzione Oculistica (una volta ogni 2 anni)

La Cassa provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in un'unica soluzione in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione oculistica prevede le seguenti prestazioni:

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus

N.5 Prevenzione Oculistica Minori (garanzia attiva a prescindere dall'estensione al nucleo familiare)

La prevenzione oculistica minori prevede la copertura delle spese relative ad un pacchetto di prevenzione oftalmologica per minori compresi tra 6 anni e 11 anni.

Tutte le prestazioni devono essere eseguite nella loro totalità in regime di assistenza diretta presso strutture convenzionate in un'unica soluzione. Non è prevista l'operatività della presente garanzia all'estero.

Il piano di prevenzione prevede la copertura, una sola volta nel periodo di vigenza della presente copertura delle prestazioni sotto elencate:

- Valutazione anamnestica
- Esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva, ecc.) ed annessi oculari
- Studio del fundus oculi per individuare patologia retiniche
- Misurazione del tono oculare
- Misurazione del visus per vicino e lontano, sia mono che bioculare
- Valutazione della motilità oculare.

Al termine della visita verrà rilasciata dal medico una sintesi contenente i dati raccolti e le eventuali prescrizioni sia al fine di consentire l'acquisto dei presidi adatti, sia come punto di partenza per futuri controlli oftalmologici con visite o accertamenti di II livello, da fruire secondo le modalità e nei limiti previsti per le relative garanzie.

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

N.6 Prevenzione delle Vie Respiratorie (una volta ogni 2 anni)

La Cassa provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in un'unica soluzione in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione delle vie respiratorie prevede le seguenti prestazioni:

- spirometria;
- visita pneumologica ed eventuale prick test per i casi di gravi patologie riscontrate nell'ambito della predetta visita;
- esami ematochimici;
- ECG.

N.7 PREVENZIONE SINDROME METABOLICA (una volta l'anno)

Per attivare la garanzia l'Assistito dovrà compilare il questionario accedendo all' "area iscritti" della Cassa tramite username e password sul sito www.cassaprevip.rbmsalute.it

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del questionario:

- a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne avrà immediato riscontro dal risultato del questionario e non verrà posta indicazione e consigli o accertamenti successivi;
- b) nel caso in cui l'Assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. e si inviterà l'Assistito a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale Operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in regime di assistenza diretta da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Cosa occorre fare prima di compilare il questionario

Il questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.

Nella prima pagina del questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

O. Inabilità e Non Autosufficienza (garanzia operante per il solo titolare)

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto “*Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza*”) derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti “causa”), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni (“evento”).

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

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi dei punti 15) e 16) dell'art. 20 “Esclusioni” delle CGA.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Cassa, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assistito per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo “*Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza*”.

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Cassa della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Cassa provvederà a comunicarne all'Assistito l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Cassa dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Cassa potrà richiedere, all'Assistito la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Cassa potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Cassa provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assistito, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assistito sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma Garantita

La Cassa, nel caso in cui l'Assistito si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo “*Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza*”, erogherà all'Assistito un indennizzo annuo fisso pari a € 3.000,00, per un massimo di 3 anni.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Cassa, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

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

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

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

Capacità di vestirsi e svestirsi:

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

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

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

Capacità di curare l'igiene del corpo:

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

(1) andare al bagno

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

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

punteggio 0

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

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

Capacità di assicurare la propria mobilità:

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

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

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

Capacità di continenza:

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

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

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

Capacità di bere e mangiare:

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

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

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

punteggio 5

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

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

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

P. Immunonutrizione

Nell'ambito della garanzia A "Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico" si intendono ricompresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS.

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

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

Q. Monitoraggio domiciliare del paziente

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

La garanzia prevede le seguenti prestazioni:

- consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assistito di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali;
- training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica;
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM;
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano;
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery;
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'assistito tramite call center rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio;

- ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi.

Programma 1 – solo a seguito di ricovero

Parametri vitali monitorati

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- Durata:
- 90 giorni

Programma 2 – solo a seguito di ricovero

Parametri vitali monitorati

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)
- temperatura corporea (ingresso manualmente)
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)
- Durata:
- pari al periodo di non autosufficienza/lungodegenza

R. Dispositivi iHealth®

La presente garanzia prevede il rimborso, IVA esclusa, del 50% delle spese sostenute per l'acquisto di un dispositivo iHealth® effettuato sul sito della Compagnia www.rbmsalute.it.

La garanzia potrà essere usufruita per il massimo di un dispositivo all'anno per nucleo familiare e solo a seguito dell'invio alla Cassa della fattura riportante i dati fiscali dell'Assistito che ha acquistato il dispositivo.

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

Servizi aggiuntivi

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

1. Servizio di Consulenza Medica, Informazioni Sanitarie e Ricerca degli Istituti di Cura

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

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

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

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

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa della Cassa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione 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 della Cassa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. Servizio di Guardia Medica Permanente

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

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

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

3. Gestione Appuntamento

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

4. Second Opinion

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

5. Tutoring

L'Assistito potrà 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.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Esclusioni

Sono esclusi dal Piano Sanitario:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la copertura 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. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto alle lettere G "Cure dentarie da infortunio", H "Altre cure dentarie", I "Interventi chirurgici odontoiatrici", e J "Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche";
4. 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 della polizza);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
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. prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico
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 derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
15. malattie (anche croniche e recidivanti), difetti fisici (anche malformazioni), stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anche anteriormente alla data di decorrenza della polizza;
16. gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
17. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste alle lettere G “Cure dentarie da infortunio”, H “Altre cure dentarie”, I “Interventi chirurgici odontoiatrici”, e J “Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche”, il piano sanitario non è operante per:

1. protesi estetiche
2. trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Persone non ammesse in copertura

Non possono aderire al piano sanitario le persone di età superiore a 75 anni. Per gli Assistiti che raggiungono il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

Non possono aderire al piano sanitario le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità del piano sanitario, le garanzie previsto dallo stesso cessano con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

Viene prevista la possibilità di accedere al piano sanitario anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dall'art. 20 “Esclusioni” delle CGA.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Oneri in caso di sinistro

L'evento deve essere denunciato dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Cassa non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

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

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

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

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

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

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

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

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

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

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, nel caso della garanzia "Spese extraospedaliere";
- 3) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- 4) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio;
- 5) la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus, in caso di lenti correttive;
- 6) per i medicinali, la prescrizione medica contenente la patologia, le fustelle staccate dalla confezione del farmaco o parte della confezione del farmaco da cui risultino denominazione e prezzo del farmaco e relativi scontrini fiscali.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni 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 richieste, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Le prestazioni suddette devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. Nel caso di personale paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

In caso di prestazioni ricevute in Regime Misto, l'Assistito dovrà produrre alla Cassa anche un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata con cui la stessa attesta l'avvenuto pagamento delle prestazioni erogate dall'équipe non convenzionata.

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

In caso di invalidità permanente da infortunio, la Cassa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti. L'Invalidità Permanente viene accertata al momento della stabilizzazione dei postumi dell'infortunio e comunque non prima di 6 (sei) mesi dalla data di denuncia dell'infortunio, in ogni caso in base a giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa. La percentuale di Invalidità Permanente viene determinata mediante le tabelle di riferimento ANIA.

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione, valutato l'indennizzo, la Cassa deve provvedere al pagamento che viene liquidato in Italia in Euro. Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assistito muore dopo che l'indennizzo è stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Cassa paga agli eredi dell'Assistito l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Pagamento diretto

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

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

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

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

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

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicata nell'Allegato "Guida all'Utilizzo delle Prestazioni Sanitarie Gruppo Banco Desio".

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

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di pagamento diretto qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità del Piano Sanitario o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia delle garanzie in capo all'Assistito, la Cassa ne darà comunicazione scritta al Titolare del Piano Sanitario, il quale dovrà restituire alla Cassa stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'istituto di cura se già saldate dalla Cassa alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

**GRUPPO BANCO DESIO
DIPENDENTI**

<p>Massimale Condizioni: in rete Mista Fuori rete</p>	<p>€ 500.000 anno/nucleo</p> <p>al 100% Struttura al 100% Equipe: scoperto 20% min. € 1.500 scoperto 20% min. € 1.500</p>
Pre/Post	<p>90/90 (cure termali e fisioterapia solo in caso di ricovero con intervento)</p>
Limite Accompagnatore	€ 100 al giorno per max 180 giorni
Assistenza Infermieristica	€ 60 al giorno per massimo 60 giorni anche al di fuori del ricovero in caso di certificata inabilità totale, temporanea o permanente
Trasporto	€ 3.000 per evento
Neonati	massimale di € 30.000, entro il primo anno di vita
Indennità Sostitutiva/TICKET	€ 100 al giorno per max 90 gg. per ricovero (comprese spese pre e post) in alternativa: rimborso dei ticket e delle spese alberghiere
Parto Naturale e Aborto Terapeutico	€ 3.000
Parto Cesareo	€ 6.000 (escluse spese pre)
Interventi per Correzione Vizi di Rifrazione	€ 1.000
In rete	Franchigia di € 36,15 per prestazione

Massimale Condizioni: In rete Fuori rete Ticket	elenco esteso € 10.000 anno/nucleo al 100% scoperto 25% min. € 36,15 per prestazione o ciclo di terapia al 100%
Massimale Condizioni: In rete Fuori rete Ticket	€ 3.000 anno/nucleo franchigia € 36,15 per prestazione franchigia € 70 per prestazione al 100%
Massimale Condizioni: In rete Ticket	max 4 visite elevate a 6 se a rischio € 1.000 anno/nucleo al 100% al 100%
Massimale Condizioni: In rete Fuori Rete	€ 330 anno/nucleo Franchigia € 36,15 per fattura Franchigia € 36,15 per fattura
Massimale Condizioni: In rete Fuori Rete Ticket	€ 200 anno/nucleo al 100% scoperto 25% min. € 36,15 per prestazione al 100%
Massimale Condizioni: In rete Fuori Rete Ticket	€ 2.000 anno/nucleo Scoperto 15% scoperto 20% min. € 100 per fattura al 100%
Massimale Impianti Estrazioni Altre cure dentarie	Illimitato Franchigia € 800,00 per impianto Franchigia € 35,00 per estrazione semplice ed € 120 per estrazione complessa Franchigia differenziata in funzione della prestazione*

(in caso di regime ospedaliero sono compresi: onorari, assistenza medica, medicinali, cure e rette di degenza)	elenco interventi odontoiatrici
Massimale	€ 3.500 anno/nucleo
Condizioni:	al 100%
In rete	al 100% e <u>solo nel caso in cui la provincia di residenza o di domicilio dell'Assistito sia priva di strutture convenzionate</u>
Fuori rete	
Ticket	al 100%
- visita specialistica odontoiatrica	solo In Network - 1 volta/anno
- ablazione tartaro	al 100%
	al 100%
Massimale	€ 1.250 anno/nucleo
Condizioni:	scoperto 20% min. € 50 per fattura
Fuori Rete	
Massimale	€ 250 anno/nucleo
Condizioni:	scoperto 20% min. € 50 per scontrino
Fuori Rete	
Massimale	€ 1.000 anno/nucleo
Condizioni:	al 100%
In rete	scoperto 25% min. € 70 per fattura
fuori rete	
Ticket	al 100%
1) Prevenzione Cardiovascolare	1 volta ogni 2 anni senza previsione di limiti di età
<i>Uomo</i>	1 volta ogni 2 anni senza previsione di limiti di età
<i>donna</i>	
2) Prevenzione Oncologica	> di 45 anni 1 volta ogni 2 anni (limiti di età più bassi)
<i>Uomo</i>	> di 30 anni 1 volta ogni 2 anni (limiti di età più bassi)
<i>donna</i>	
3) Prevenzione Pediatrica (garanzia attiva a prescindere dall'estensione al nucleo)	una visita specialistica pediatrica per i minori di età tra i 6 mesi e i 6 anni alle seguenti condizioni: - 1 visita tra i 6 e i 12 mesi - 1 visita ai 4 anni - 1 visita ai 6 anni
4) Prevenzione Oculistica	1 volta ogni 2 anni Screening oftalmologico
5) Prevenzione Oculistica per i minori	Per i minori di età compresa tra 6 e 11 anni Screening oftalmologico

6) Prevenzione delle vie respiratorie	1 volta ogni 2 anni Spirometria, visita pneumologica ed eventuale prick test, esami ematochimici, ECG
7) Prevenzione della Sindrome Metabolica (sempre garantita, ulteriore rispetto al pacchetto scelto)	1 volta all'anno colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi
Massimale Condizioni	Rata annua di € 3.000,00 per un max di 3 anni 4 ADL su 6 ADL
Massimale Condizioni	illimitato
Massimale Condizioni	3 somministrazioni/giorno per 5-7 gg. prima dell'intervento chirurgico
Massimale Condizioni	illimitato
Massimale Condizioni	Elenco esteso
Condizioni	rimborso del 50% (IVA esclusa) delle spese per l'acquisto di 1 dispositivo iHeat® sul sito della Società, per max. 1 dispositivo/anno/nucleo familiare
Consulenza Medica Guardia Medica Permanente Second Opinion Tutoring	PREVISTI

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE
PREVIP – Cassa di Assistenza
(nel caso di Nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia*, al seguente indirizzo:
PREVIP – Cassa di Assistenza
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via Enrico Forlanini, 24 – Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE a domanda già inoltrata

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Tel _____ Cell _____ (da indicare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA")
E-mail _____ @ _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

- Ricovero in istituto di cura
- Day hospital/intervento chirurgico ambulatoriale
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post)
- Cure oncologiche/follow up oncologico**
- Copertura per non autosufficienza ***
- Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, prestazioni terapeutiche
- Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica
- Medicina Preventiva
- Altro (protesi ortopediche, apparecchi acustici, indennità permanente da infortunio, ecc)

Si allegano **IN FOTOCOPIA** le seguenti fatture e/o ricevute fiscali:

	N° Fattura - Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura - Ricevuta	Importo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
TOTALE				

* La Cassa, per il tramite di RBM Assicurazione Salute S.p.A. si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per operare le verifiche che si rendessero necessarie;
** Per il rimborso delle prestazioni di follow up oncologico (qualora previste dal proprio piano sanitario) allegare copia della tessera di esenzione rilasciata dalla A.S.L..



AssicurazioneSalute

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

via Fortanini, 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)

Tel.: +39 - 0422 062700 - Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria:

via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)

Tel.: +39 02 91431789 - Fax +39 02 91431702

direzionecommerciale@rbmsalute.it - info@rbmsalute.it - rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it - www.rbmsalute.it

APPENDICE 1 AL FASCICOLO INFORMATIVO FI1350 – 12/2016

Contraente	Gruppo Banco Desio e Cassa Assistenza PREVIP
Associato	Gruppo Banco Desio – DIPENDENTI
Data effetto	01/01/2017

Di comune accordo tra le Parti si stabilisce di modificare ed integrare in Fascicolo Informativo MOD.AP FI1350 – 12/2016 come di seguito specificato:

➤ **L'art. 7 "Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione (di seguito anche CGA) si intende integrato come segue:**

La copertura assicurativa è subordinata ad una adesione minima del 90% dei dipendenti.

➤ **L'art. 19 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA si intende integrato come segue:**

P. Immunonutrizione

Nell'ambito della garanzia A "Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico" si intendono ricompresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS.

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

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

Q. Monitoraggio domiciliare del paziente

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

La garanzia prevede le seguenti prestazioni:

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



AssicurazioneSalute

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

via Forlanini, 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)

Tel.: +39 - 0422 062700 - Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria:

via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)

Tel.: +39 02 91431789 - Fax +39 02 91431702

dirazionedcommerciale@rbmsalute.it - info@rbmsalute.it - rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it - www.rbmsalute.it

Programma 1 – solo a seguito di ricovero

Parametri vitali monitorati

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo

Durata:

- 90 giorni

Programma 2 – solo a seguito di ricovero

Parametri vitali monitorati

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- cardiogramma elettronico (ECG) (Portabile due ECG tramite dispositivo basato touch)
- temperatura corporea (ingresso manualmente)
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Durata:

- pari al periodo di non autosufficienza/lungodegenza

R. Dispositivi iHealth®

La presente garanzia prevede il rimborso, IVA esclusa, del 50% delle spese sostenute per l'acquisto di un dispositivo iHealth® effettuato sul sito della Società.

La garanzia potrà essere usufruita per il massimo di un dispositivo all'anno per nucleo familiare assicurato e solo a seguito dell'invio alla Società della fattura riportante i dati fiscali dell'Assistito che ha acquistato il dispositivo.

Fermo il resto.

Emessa a Preganziol, in 4 esemplari ad un solo effetto, il 15 dicembre 2016.

Cassa Assistenza PREVIP

RBM Assicurazione Salute Spa

Gruppo Banco Desio

Allegati:

- All. 1 "Scheda riassuntiva"



AssicurazioneSalute

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

via Forlanini, 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)

Tel.: +39 - 0422 062700 - Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria:

via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)

Tel.: +39 02 91431789 - Fax +39 02 91431702

direzionecommerciale@rbmsalute.it - info@rbmsalute.it - rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it - www.rbmsalute.it

Allegato 1 – Scheda riassuntiva

Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie che verranno concordate per le singole gar

N.B. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

GRUPPO BANCO DESIO DIPENDENTI	
Massimale	€ 500.000 anno/nucleo
Condizioni:	
In rete	al 100%
Mista	Struttura al 100%
Fuori rete	Equipe: scoperto 20% min. € 1.500 scoperto 20% min. € 1.500
Pre/Post	90/90 (cure termali e fisioterapia solo in caso di ricovero con intervento)
Limite Accompagnatore	€ 100 al giorno per max 180 giorni
Assistenza Infermieristica	€ 60 al giorno per massimo 60 giorni anche al di fuori del ricovero in caso di certificata inabilità totale, temporanea o permanente
Trasporto	€ 3.000 per evento
Neonati	massimale di € 30.000, entro il primo anno di vita
Indennità Sostitutiva/TICKET	€ 100 al giorno per max 90 gg. per ricovero (comprese spese pre e post) in alternativa: rimborso dei ticket e delle spese alberghiere
Parto Naturale e Aborto Terapeutico	€ 3.000
Parto Cesareo	€ 6.000 (escluse spese pre)
Interventi per Correzione Vizi di Rifrazione	€ 1.000
In rete	Franchigia di € 36,15 per prestazione



AssicurazioneSalute

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

via Forlanini, 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)

Tel.: +39 - 0422 062700 - Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria:

via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)

Tel.: +39 02 91431789 - Fax +39 02 91431702

direzionecommerciale@rbmsalute.it - info@rbmsalute.it - rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it - www.rbmsalute.it

Massimale	elenco esteso € 10.000 anno/nucleo
Condizioni:	
In rete	al 100%
Fuori rete	scoperto 25% min. € 36,15 per prestazione o ciclo di terapia
Ticket	al 100%
Massimale	€ 3.000 anno/nucleo
Condizioni:	
In rete	franchigia € 36,15 per prestazione
Fuori rete	franchigia € 70 per prestazione
Ticket	al 100%
Massimale	max 4 visite elevate a 6 se a rischio € 1.000 anno/nucleo
Condizioni:	
In rete	al 100%
Ticket	al 100%
Massimale	€ 330 anno/nucleo
Condizioni:	
In rete	Franchigia € 36,15 per fattura
Fuori Rete	Franchigia € 36,15 per fattura
Massimale	€ 200 anno/nucleo
Condizioni:	
In rete	al 100%
Fuori Rete	scoperto 25% min. € 36,15 per prestazione
Ticket	al 100%
Massimale	€ 2.000 anno/nucleo
Condizioni:	
In rete	Scoperto 15%
Fuori Rete	scoperto 20% min. € 100 per fattura
Ticket	al 100%
Massimale	Illimitato
Impianti	Franchigia € 800,00 per impianto
Estrazioni	Franchigia € 35,00 per estrazione semplice ed € 120 per estrazione complessa
Altre cure dentarie	Franchigia differenziata in funzione della prestazione*



AssicurazioneSalute

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

via Forlanini, 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)

Tel.: +39 - 0422 062700 - Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria:

via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (Mi)

Tel.: +39 02 91431789 - Fax +39 02 91431702

direzionecommerciale@rbmsalute.it - info@rbmsalute.it - rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it - www.rbmsalute.it

(in caso di regime ospedaliero sono compresi: onorari, assistenza medica, medicinali, cure e rette di degenza)	elenco interventi odontoiatrici
Massimale	€ 3.500 anno/nucleo
Condizioni:	al 100%
In rete	al 100% e solo nel caso in cui la provincia di residenza o di domicilio dell'Assistito sia priva di strutture convenzionate
Fuori rete	
Ticket	al 100%
- visita specialistica odontoiatrica	solo In Network - 1 volta/anno
- ablazione tartaro	al 100%
	al 100%
Massimale	€ 1.250 anno/nucleo
Condizioni:	scoperto 20% min. € 50 per fattura
Fuori Rete	
Massimale	€ 250 anno/nucleo
Condizioni:	scoperto 20% min. € 50 per scontrino
Fuori Rete	
Massimale	€ 1.000 anno/nucleo
Condizioni:	al 100%
In rete	scoperto 25% min. € 70 per fattura
fuori rete	
Ticket	al 100%
1) Prevenzione Cardiovascolare	
Uomo	1 volta ogni 2 anni senza previsione di limiti di età
donna	1 volta ogni 2 anni senza previsione di limiti di età
2) Prevenzione Oncologica	
Uomo	> di 45 anni 1 volta ogni 2 anni (limiti di età più bassi)
donna	> di 30 anni 1 volta ogni 2 anni (limiti di età più bassi)
3) Prevenzione Pediatrica (garanzia attiva a prescindere dall'estensione al nucleo)	una visita specialistica pediatrica per i minori di età tra i 6 mesi e i 6 anni alle seguenti condizioni: - 1 visita tra i 6 e i 12 mesi - 1 visita ai 4 anni - 1 visita ai 6 anni
4) Prevenzione Oculistica	1 volta ogni 2 anni Screening oftalmologico
5) Prevenzione Oculistica per i minori	Per i minori di età compresa tra 6 e 11 anni Screening oftalmologico



AssicurazioneSalute

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

via Forlanini, 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)

Tel.: +39 - 0422 062700 - Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria:

via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)

Tel.: +39 02 91431759 - Fax +39 02 91431702

direzionecommerciale@rbmsalute.it - info@rbmsalute.it - rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it - www.rbmsalute.it

6) Prevenzione delle vie respiratorie	1 volta ogni 2 anni Spirometria, visita pneumologica ed eventuale prick test, esami ematochimici, ECG
7) Prevenzione della Sindrome Metabolica (sempre garantita, ulteriore rispetto al pacchetto scelto)	1 volta all'anno colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi
Massimale	Rata annua di € 3.000,00 per un max di 3 anni 4 ADL su 6 ADL
Condizioni	
Massimale	illimitato
Condizioni	3 somministrazioni/giorno per 5-7 gg. prima dell'intervento chirurgico
Massimale	illimitato
Condizioni	Elenco esteso
Condizioni	rimborso del 50% (IVA esclusa) delle spese per l'acquisto di 1 dispositivo iHeat® sul sito della Società, per max. 1 dispositivo/anno/nucleo familiare
Consulenza Medica Guardia Medica Permanente Second Opinion Tutoring	PREVISTI



Assicurazione Salute

PACCHETTI PREVENZIONE

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

PREVENZIONE ONCOLOGICA

Per gli uomini di età superiore ai 45 anni:

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- PSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

Per le donne di età superiore ai 30 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PAP-Test
- CA 125

PREVENZIONE PEDIATRICA

Una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:

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

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

PREVENZIONE OCULISTICA

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuale familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus per vicino e lontano sia mono che bioculare
- una valutazione della motilità oculare
- una valutazione del " film lacrimale " per giungere alla valutazione di eventuali lenti in uso e prescrizioni, ove necessario, di lenti adeguate

5) PREVENZIONE OCULARE (SICCHERITÀ VISIVA)

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuale familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus per vicino e lontano sia mono che bioculare
- una valutazione della motilità oculare
- una valutazione del " film lacrimale " per giungere alla valutazione di eventuali lenti in uso e prescrizioni, ove necessario, di lenti adeguate

6) PREVENZIONE DELLE MALATTIE RESPIRATORIE

- Spirometria
- visita pneumologia ed eventuale prick test per i casi di gravi patologie riscontrate nell'ambito della predetta visita
- esami ematochimici
- ECG

7) PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Glicemia
- Trigliceridi