

ALLEGATO 2
NOMENCLATORE FAMILIARI E CONIUGI FISCALMENTE A CARICO
Fondo Sanitario integrativo del Servizio Sanitario Nazionale
SALUTE SEMPRE

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

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

	Contribuzione annua pro capite in Euro per ogni componente del nucleo
- Familiari	€ 175,00
- Coniugi fiscalmente A CARICO	€ 90,00

AREA RICOVERO**RICOVERO CHIRURGICO – DAY HOSPITAL CHIRURGICO – PARTO CESAREO****RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL CHIRURGICO (COME DA ELENCO ALLEGATO 1) IN ISTITUTO DI CURA – COMPRESO PARTO CESAREO**

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

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 40 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) 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.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

Sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 40 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 35 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche (*), chirurgiche (*) e infermieristiche (*) (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi (*) e cure termali (*) (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali (**).

RELATIVAMENTE AL POST RICOVERO SI PRECISA CHE:

(*) le suddette prestazioni sono comprese in garanzia qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura;

(**) I medicinali sono compresi in garanzia se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 2.200,00 per ricovero.

TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti "Ricovero con intervento chirurgico/day hospital chirurgico (come da elenco allegato 1) in istituto di cura – compreso parto cesareo" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

PANCOLONSCOPIA E ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA OPERATIVE

Nel caso di Pancolonscopia ed Esofagogastroduodenoscopia operativa, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero con intervento chirurgico/day hospital chirurgico (come da elenco allegato 1) in istituto di cura – compreso parto cesareo", con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia è prestata fino ad un limite massimo di € 2.000,00 per persona.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI → RICOVERO CON INTERVENTO

CHIRURGICO/DAY HOSPITAL CHIRURGICO (COME DA ELENCO ALLEGATO 1), IN ISTITUTO DI CURA- COMPRESO PARTO CESAREO

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con uno scoperto del 10%, ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero con intervento chirurgico/day hospital chirurgico (come da elenco allegato 1) in istituto di cura – compreso parto cesareo":

- lett. a) "Pre ricovero";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

→ Oltre a quanto sopra indicato, alcuni interventi chirurgici vengono garantiti con un massimale specifico indicato nella tabella presente all' Art.5 "Massimale assicurato":

In questo caso sono operanti i limiti sopra indicati al punto a).

→ La garanzia "parto cesareo" è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per assicurato. In questo caso non è operativo lo scoperto del 10%.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 30% con l'applicazione di una franchigia pari a € 100,00 ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero con intervento chirurgico/day hospital chirurgico (come da elenco allegato 1) in istituto di cura – compreso parto cesareo":

lett. e) "Accompagnatore";

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale"; punto

"Trasporto sanitario";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

→ Alcuni interventi chirurgici vengono garantiti con un massimale specifico indicato nella tabella presente all' Art.5 "Massimale assicurato":

In questo caso non sono operanti i limiti sopra indicati al punto b).

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "Indennità Sostitutiva ricovero con intervento chirurgico/day hospital chirurgico (come da elenco allegato 1), in istituto di cura – compreso parto cesareo".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

**INDENNITÀ SOSTITUTIVA RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO
(COME DA ELENCO ALLEGATO 1), IN ISTITUTO DI CURA – COMPRESO PARTO
CESAREO**

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 90,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 160 giorni per ogni ricovero.

INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO ALLEGATO 2), IN ISTITUTO DI CURA

In caso di ricovero in istituto di cura per gli interventi chirurgici di cui all'allegato 2, l'Assicurato avrà diritto a un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 10 giorni per ogni ricovero.

La garanzia viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

NEONATI

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

Sono comprese in garanzia le spese per:

- le visite e gli accertamenti diagnostici effettuati nei 35 giorni pre intervento e nei 100 giorni post intervento;
- intervento chirurgico (come descritta al punto “Ricovero con intervento chirurgico/day hospital chirurgico (come da elenco allegato 1) in istituto di cura – compreso parto cesareo” lettera b) “intervento chirurgico”;
- l'assistenza medica, medicinali, cure (come descritta al punto “Ricovero con intervento chirurgico/day hospital chirurgico (come da elenco allegato 1) in istituto di cura – compreso parto cesareo” lettera c) “assistenza medica, medicinali, cure”);
- retta di degenza (come descritta al punto “Ricovero con intervento chirurgico/day hospital chirurgico (come da elenco allegato 1) in istituto di cura – compreso parto cesareo” lettera d) “rette di degenza”);
- assistenza infermieristica privata individuale (come descritta al punto “Ricovero con intervento chirurgico/day hospital chirurgico (come da elenco allegato 1) in istituto di cura – compreso parto cesareo” lettera f) “assistenza infermieristica privata individuale”);
- la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo di ricovero con il limite giornaliero di € 55,00.

Il sottomassimale annuo per questa garanzia è pari a € 11.000,00 per neonato.

SI PRECISA CHE LA GARANZIA “NEONATI”:

- è da ritenersi operante per i soli interventi chirurgici compresi nell'elenco in calce;
- non prevede l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

**RICOVERO MEDICO/DAY HOSPITAL MEDICO – PARTO NATURALE -
ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO –**

**RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL MEDICO IN ISTITUTO DI
CURA A SEGUITO DI MALATTIA (COME DA ELENCO SPECIFICO) – PARTO
NATURALE - ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO**

Il ricovero senza intervento chirurgico/day hospital medico è indennizzabile per le sole sottostanti patologie e a seguito del parto naturale - aborto terapeutico/spontaneo:

- Infarto miocardico acuto: Coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: 1) dolore precordiale; 2) alterazioni tipiche all'ECG; 3) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
- Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio.
- Tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola garanzia in oggetto vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al 1° stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III° e IV° stadio di Clarke.
- Insufficienza renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

Per gli eventi appena descritti, sono in copertura le spese qui di seguito indicate:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 40 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Assistenza medica, medicinali, cure

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

Sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

c) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

d) Accompagnatore

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 40 giorni per ricovero.

e) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 35 giorni per ricovero.

f) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche (*), chirurgiche (*) e infermieristiche (*) (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi (*) e cure termali (*) (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali (**).

RELATIVAMENTE AL POST RICOVERO SI PRECISA CHE:

(*) le suddette prestazioni sono comprese in garanzia qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura;

(**) I medicinali sono compresi in garanzia se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

**MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI →
RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL
MEDICO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA (COME DA
ELENCO SPECIFICO) – PARTO NATURALE - ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO**

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti: punto "Ricovero senza intervento chirurgico/day hospital medico in istituto di cura a seguito di malattia (come da elenco specifico) – parto naturale - aborto terapeutico/spontaneo":

- lett. a) "Pre ricovero";
 - lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
- che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

→ La garanzia "parto non cesareo/aborto terapeutico" è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per assicurato.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 25% ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero senza intervento chirurgico/day hospital medico in istituto di cura a seguito di malattia (come da elenco specifico) – parto naturale - aborto terapeutico/spontaneo":

- lett. d) "Accompagnatore";

- lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

➔ La garanzia “parto non cesareo/aborto terapeutico” è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per assicurato. In questo caso non è operativo lo scoperto.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto “Indennità Sostitutiva ricovero medico – parto non cesareo – aborto terapeutico/spontaneo”.

Qualora l’Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l’indennità sostitutiva”.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

INDENNITÀ	SOSTITUTIVA	RICOVERO MEDICO	–	PARTO
	NON	CESAREO	–	ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO

In caso di:

- ricovero medico (per le sole patologie elencate in garanzia);
- day hospital medico (per le sole patologie elencate in garanzia);
- parto non cesareo;
- aborto terapeutico;
- aborto spontaneo;

l’Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un’indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per ogni ricovero.

MASSIMALE ASSICURATO (UNICO E COMUNE AI RICOVERI CHIRURGICI/MEDICI)

Il massimale annuo assicurato, per il complesso delle garanzie suindicate, unico e comune per le garanzie sopradescritte di:

- ricovero chirurgico – day hospital chirurgico – parto cesareo;
 - ricovero medico/day hospital medico – parto naturale - aborto terapeutico/spontaneo;
- corrisponde a € 160.000,00 per nucleo familiare.

SI PRECISA CHE:

La garanzia “parto non cesareo” è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per assicurato nel caso di utilizzo:

- di strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società;

Allegato 2 Nomenclatore Dipendenti e Familiari

- di strutture sanitarie o personale non convenzionato con la Società. In questo caso non è operativo lo scoperto:
La garanzia “parto cesareo” è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per assicurato nel caso di utilizzo:
- di strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società In questo caso non è operativo lo scoperto:
- di strutture sanitarie o personale non convenzionato con la Società. In questo caso non è operativo lo scoperto:

INOLTRE:

- viene applicato un massimale specifico per alcuni interventi chirurgici (vedi tabella sottostante), oltre allo scoperto del 10%, presso le strutture convenzionate con la Società.
- viene applicato un massimale specifico per alcuni interventi chirurgici (vedi tabella sottostante) senza l’applicazione di alcuno scoperto o franchigia, presso le strutture sanitarie o personale non convenzionato con la Società.

	PLAFOND per intervento
ADEONOPROSTATECTOMIA	5.000
ARTROPROTESI (tutte)/ARTRODESI (anche in caso di ernia del disco)	10.000
CHIRURGIA DELL'OBESITA	5.000
ERNIA DEL DISCO	7.500
ISTERECTOMIA RADICALE	10.000
ISTERECTOMIA TOTALE/SUBTOTALE	5.000
PARTO CESAREO	5.000
PROSTATECTOMIA (tutte)	10.000
QUADRANTECTOMIA	7.500
SOSTITUZIONE/PLASTICA DI UNA/PIU VALVOLE CARDIACHE	20.000
TIROIDECTOMIA E/O PARATIROIDECTOMIA	5.000

AREA EXTRARICOVERO

ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui ai seguenti punti “Alta specializzazione” e “Alta specializzazione bis” corrisponde a € 8.000,00 per nucleo familiare.

ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

Allegato 2 Nomenclatore Dipendenti e Familiari

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistolografia
- 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

- Elettroencefalografia
- PET
- Risonanza
- Scintigrafia
- TAC
- Campimetria visiva
- Cisternografia
- Coronarografia
- Biopsia percutanea (agobiopsia) di lesione cranica
- Biopsia di lesione del midollo spinale
- Biopsia percutanea (agobiopsia) dei nervi cranici o periferici o dei gangli

- Biopsia della tiroide o delle paratiroidi
- Biopsia delle ghiandole surrenali
- Biopsia del pericardio
- Biopsia a cielo aperto dell'esofago
- Biopsia percutanea (agobiopsia) del fegato
- Biopsia percutanea (agobiopsia) della colecisti
- Biopsia percutanea (agobiopsia) del pancreas
- Biopsia del peritoneo
- Biopsia percutanea (agobiopsia) del rene
- Biopsia percutanea dell'uretere
- Biopsia vescicale
- Biopsia dell'uretra
- Biopsia percutanea delle vescicole seminali
- Biopsia a cielo aperto della prostata
- Biopsia percutanea del testicolo
- Biopsia aspirativa dell'ovaio
- Biopsia laparoscopica dell'ovaio
- Biopsia delle tube
- Biopsia ossea
- Biopsia percutanea (agobiopsia) della mammella
- Biopsia ecoguidata della mammella
- Biopsia a cielo aperto della mammella
- Ecocardiogramma transesofageo
- Angio RM del distretto vascolare intracranico
- Angio RM muscolo scheletrica
- Angio RM addome
- Angio RM d'organo
- Angio RM Total Body
- Angio TC aorta
- TC encefalo
- TC colonna
- TC addome
- TC Total Body
- Angiocardioscintigrafia
- Angiografia retinica digitale con tecnica OCT
- Arteriografia (uno o più distretti)
- Colangiografia retrograda
- Colpografia
- Dentalscan
- Ecocardiogramma
- Otoemissioni acustiche
- Polisonnografia

- Spirometria
- Tomografia (stratigrafia) d'organo
- Uretrocistografia ascendente minzionale
- Uretrocistoscopia diagnostica
- Radiochirurgia (gammaknife o cyberknife)
- Radioterapia stereotassica con acceleratore lineare
- Tomoterapia IMRT
- Tomoterapia IMAT
- Tomoterapia VMAT

Terapie

- Dialisi
- Radioterapia
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 35,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che l'Assicurato dovrà versare alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per prestazione/ciclo.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

ALTA SPECIALIZZAZIONE BIS

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

Alta specializzazione bis

- Rx arti inferiori
- Rx arti superiori
- Rx bacino e anca
- Rx caviglia e piede
- Rx colonna vertebrale cervicale
- Rx colonna vertebrale dorsale
- Rx colonna vertebrale lombo sacrale
- Rx cranio
- Rx torace

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 35,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che l'Assicurato dovrà versare alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per prestazione/ciclo.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PARTICOLARI E

La Società provvede al pagamento delle spese per:

- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici specifici;
- tickets per accertamenti diagnostici; conseguenti a malattia o a infortunio.

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

Il massimale unico annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.200,00 per nucleo familiare.

VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche ed ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia paria a € 35,00 per visita specialistica.

Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 45,00 per ogni visita specialistica.

N.B: per la polizza Consiglieri

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni visita specialistica.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI SPECIFICI

La Società provvede al pagamento delle spese per i sottostanti accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio:

- Biopsia;
- Ecodoppler cardiaco compreso color;
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori;
- Ecocolordoppler aorta addominale;
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici;
- endoscopie diagnostiche;
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Mineralometria ossea computerizzata (MOC)
- Mammografia

È previsto il solo caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società; le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia paria a € 35,00 per prestazione.

TICKETS PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al rimborso integrale dei tickets sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 15% per fattura/persona.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.800,00 per nucleo familiare.

PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE (GARANZIA VALIDA PER LA SEZIONE "PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE")

Qualora una prestazione odontoiatrica (sono escluse le prestazioni di tipo estetico) non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Società provvede al pagamento di:

- **ASSICURATO TITOLARE DI POLIZZA:** una visita specialistica odontoiatrica e una seduta di igiene orale (*) professionale l'anno;

Allegato 2 Nomenclatore Dipendenti e Familiari

È possibile fruire delle prestazioni solamente in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione attraverso canale Web o contattando la centrale operativa.

- (*) 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;

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

GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI

La Società liquida le spese sostenute per:

- osteiti mascellari
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- asportazione di epulide senza resezione del bordo alveolare
- frenulectomia o frenulotomia
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose;
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- rizotomia e rizectomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso

La liquidazione delle competenze è subordinata all'invio preventivo della sottostante documentazione.

radiografie e referti radiologici per:

- osteiti mascellari;
- rizotomia e rizectomia;
- ricostruzione del fornice (per emiarcata); per questo intervento si rende necessaria anche la fotografia digitale post intervento
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; per questo intervento si rende necessaria anche la fotografia digitale post intervento

radiografie, referti radiologici e referti istologici per:

- odontoma;
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- adamantinoma;

Allegato 2 Nomenclatore Dipendenti e Familiari

- neoplasie ossee;

radiografie e referti radiologici e/o foto pre-post operatorie

- iperostosi, osteomi (toro-palatino, toro-mandibolare ecc)

fotografie pre e post

- Frenulectomia o frenulotomia:

panoramica/immagine scout della TAC o fotografia pre trattamento + fotografia intra e/o post trattamento

- Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Per una delle prestazioni appartenenti a una delle garanzie sopra indicate non sia attivabile la copertura nel piano sanitario per esaurimento del massimale o prestazione inferiore alla franchigia e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10% per intervento.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

NB: si specifica che l'indennizzo per quanto sopra descritto è previsto sia in caso di regime ospedaliero sia in caso di regime ambulatoriale.

Relativamente al regime ospedaliero si precisa che in questo caso, oltre ai costi dell'equipe operatoria, sono compresi i costi (nei limiti previsti dalle garanzie sotto elencate) relativi alla:

- 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 oltre agli impianti come sopra indicato.
- Assistenza medica, medicinali, cure: Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- Rette di degenza: Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 11.000,00 per nucleo familiare.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società liquida all'Assicurato le spese per prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

Le spese odontoiatriche sono liquidate:

- in presenza di un certificato di pronto soccorso e dell'OPT (orto panoramica) relativa all'infortunio;
- e qualora le stesse comportino l'avulsione e/o la ricostruzione di almeno tre elementi.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno uno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 6.000,00 per nucleo familiare.

STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società garantisce l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato (come indicata al successivo punto "Somma assicurata" quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza").

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:

- 1) andare in bagno: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
- 2) lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
- 3) mobilità: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;

Allegato 2 Nomenclatore Dipendenti e Familiari

- 4) nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
 - 5) spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici;
 - 6) vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Iscritto, per la parte superiore o inferiore del corpo.
- Nella valutazione dello stato di non autosufficienza verrà esclusa l'eventuale perdita di autosufficienza dell'Iscritto negli atti elementari della vita quotidiana in modo permanente nei casi in cui siffatta incapacità sia conseguenza diretta di malattie organiche o lesioni fisiche già riconosciute o in essere prima dell'ingresso in copertura o di patologie a queste correlate.

SOMMA ASSICURATA

L'entità della somma garantita, nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente", è correlata al valore aggiornato dell'assegno di accompagnamento I.N.P.S.

Tale somma corrisponde attualmente a massimo € 6.396,00 annuali corrispondenti a massimo € 492,00 mensili per 13 mensilità.

La somma garantita è da intendersi fruibile fintanto che l'Assicurato sia beneficiario della copertura descritta (in copertura di polizza).

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La perdita di autosufficienza dell'assicurato avviene quando l'assicurato è incapace di compiere in modo totale e presumibilmente permanente almeno 4 delle seguenti 6 attività elementari della vita quotidiana e necessita di assistenza continuativa da parte di una terza persona per lo svolgimento delle stesse.

Le 6 attività elementari della vita quotidiana sono così definite:

- 1) andare in bagno: la capacità di controllare le funzioni corporali (rningere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
- 2) lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
- 3) mobilità: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
- 4) nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
- 5) spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici;
- 6) vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Iscritto, per la parte superiore o inferiore del corpo.

Nella valutazione dello stato di non autosufficienza verrà esclusa l'eventuale perdita di autosufficienza dell'Iscritto negli atti elementari della vita quotidiana in modo permanente nei casi in cui siffatta incapacità sia conseguenza diretta di malattie organiche o lesioni fisiche già riconosciute o in essere prima dell'ingresso in copertura o di patologie a queste correlate.

PIANI ASSISTENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI

Nei casi in cui l'Assicurato si trovi nella condizione descritta al punto "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente", oltre a quanto fornito nel punto precedente, la Compagnia metterà a disposizione tramite un infermiere Case Manager (ICM) la costruzione di Piani Assistenziali personalizzati socio-assistenziali, fornendo eventualmente oltre la somma annua a disposizione di cui sopra, anche le tariffe agevolate per badanti e per altre necessità informative/assistenziali domiciliari (il costo della prestazione è a carico dell'Isritto).

Le garanzie sotto riportate sono dedicate ai dipendenti del settore Grafico, Editoriale, RT e Videofonografici e si intendono in sostituzione o ad integrazione delle garanzie già previste

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI SPECIFICI

La Società provvede al pagamento delle spese per i sottostanti accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio:

- Biopsia;
- Ecodoppler cardiaco compreso color;
- Ecocolor Doppler arti inferiori e superiori;
- Ecocolor Doppler aorta addominale;
- Ecocolor Doppler tronchi sovraortici;
- endoscopie diagnostiche;
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Mineralometria ossea computerizzata (MOC)
- Mammografia
- Ecografia (prestazione operante per il solo dipendente titolare e usufruibile una volta all'anno)

È previsto il solo caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società; le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia paria a € 35,00 per prestazione.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (garanzia operante per il solo dipendente titolare)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate dal titolare in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute 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.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione).

Prestazione previste per le donne e per gli uomini una volta all'anno con l'applicazione di una franchigia di € 35,00.

- mappatura nei/esame in epiluminescenza

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Società provvede al pagamento di:

- ASSICURATO TITOLARE DI POLIZZA: due visite specialistiche odontoiatriche e due sedute di igiene orale (*) professionale l'anno;
- NEL CASO DI ESTENSIONE DELLA COPERTURA AI FAMILIARI, sarà possibile effettuare due visite specialistiche odontoiatriche e due sedute di igiene orale (*) per anno e per nucleo familiare. (intendendo due sedute per un familiare oppure una seduta per due familiari a scelta)

È possibile fruire delle prestazioni solamente in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione attraverso canale Web o contattando la centrale operativa.

- (*) 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;

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

PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA (garanzia operante per il solo dipendente titolare)

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)", la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

Viene previsto un massimale di € 350,00 per anno assicurativo.

APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi all'impianto.

La presente garanzia viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successive alla riabilitazione implantoprotesica.

SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa anche dall'estero

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 chilometri.

f) Trasferimento in centro medico specializzato

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

Allegato 2 Nomenclatore Dipendenti e Familiari

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

A - LIMITAZIONI

VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE (Casi di non operatività del piano)

L'assicurazione non è operante per:

- 1) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario;
- 2) qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione (salvo quanto previsto al paragrafo "Prestazioni odontoiatriche particolari");
- 3) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 4) cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 100 giorni successivi allo stesso;
- 5) prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- 6) tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- 7) infortuni derivanti da atti dolosi dell'Iscritto (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- 8) infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- 9) aborto volontario non terapeutico;
- 10) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio) e/o non conseguenti a patologia;
- 11) le protesi di qualsiasi altro tipo (escluse le endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) quali - a titolo esemplificativo - apparecchi acustici, plantari e simili;
- 12) trattamenti sclerosanti;
- 13) i trattamenti fisioterapici (salvo quanto previsto al paragrafo "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio") e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini;
- 14) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- 15) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- 16) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- 17) le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto “Stati di non autosufficienza consolidata/permanente” in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, l’assicurazione non è operante per le conseguenze:

- 1) attività dolosa dell’Iscritto;
- 2) partecipazione dell’Iscritto a delitti dolosi;
- 3) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l’Iscritto non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; la copertura si intende comunque esclusa in caso di uso di veicoli o natanti in competizioni- non di regolarità pura- e alle relative prove o allenamenti;
- 4) partecipazione attiva dell’Iscritto ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l’Iscritto non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall’inizio delle ostilità qualora l’Iscritto si trovasse già nel territorio di accadimento; l’esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell’arrivo dell’Iscritto implica l’esclusione dalla copertura sanitaria;
- 5) incidente di volo, se l’Iscritto viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell’equipaggio;
- 6) malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- 7) negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione descritta non viene erogata se è comprovato che l’Iscritto di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- 8) atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari e/o batteriologiche e/o chimiche;
- 9) trasformazioni o assestamenti energetici dell’atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

LIMITI DI ETÀ

L’assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 90° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 91°anno d’età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l’assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 90° anno di età, l’assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

ALLEGATO 1 - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI
--

Neurochirurgia

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore senza stabilizzazione vertebrale [PLAFOND ERNIA DEL DISCO]
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con stabilizzazione vertebrale [PLAFOND ARTRODESI]
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- operazioni per encefalo meningocele
- lobotomia ed altri interventi di psicochirurgia
- talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- interventi per epilessia focale
- neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
- emisferectomia
- idrocefalo ipersecretivo
- Drenaggio di ematoma intracerebrale
- Asportazione di aneurismi endocranici
- Intervento per epilessia focale
- Sezione del nervo trigemino
- Asportazione di neuroma di Morton

Sistema endocrino

- Timectomia
- Surrenectomia

Chirurgia generale

- Ernia femorale
- Intervento DI MASTECTOMIA TOTALE/RADICALE per neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulectomia mammaria

Oculistica

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Odontocheratoprosi
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile
- Inserimento di inserto corneale in occhio non dominante per presbiopia compreso lembo corneale effettuato con qualsiasi metodica

Otorinolaringoiatria

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale sfenoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Intervento demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Faringo-laringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento gangliare contemporaneo
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e delle tonsille con svuotamento gangliare
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Palatoschisi totale
- Timpanoplastica
- Asportazione di neoplasie benigne o maligne del cavo orale
- Intervento per palatoschisi
- Uvulopalatoplastica

Chirurgia del collo

- Tiroidectomia totale [PLAFOND TIROIDECTOMIA]
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia [PLAFOND TIROIDECTOMIA]
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale [PLAFOND TIROIDECTOMIA]

Chirurgia dell'apparato respiratorio

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococchi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale
- Toracectomia
- Toracoplastica
- Asportazione del timo
- Asportazione neoplasie benigne o maligne della laringe
- Laringectomia parziale o totale
- Tracheotomia con o senza tracheostomia
- Asportazione di neoplasie tracheo bronchiali

- Lobectomia polmonare con eventuali linfadenectomie
- Broncoscopia operativa per asportazione di neoplasie con PDT
- Asportazione di neoplasie della pleura e del mediastino
- Drenaggio pleurico

Chirurgia cardiovascolare

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione dell'arteria vertebrale nel forame trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sul cuore per via toracotomica diversi da valvuloplastica
- Interventi sull'orta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Asportazione di tumori endocavitari del cuore
- Disostruzione by-pass aorta addominale
- Aneurismectomia ventricolare
- Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) con inserimento di stent
- Riparazione di aneurisma dell'aorta
- Cateterismo del cuore sinistro con coronarografia
- Riparazione di difetto interatriale o interventricolare con protesi in CEC
- Asportazione o riparazione di valvola cardiaca con protesi [PLAFOND SOSTITUZIONE/PLASTICA DI UNA/PIU VALVOLE CARDIACHE]
- Ablazione transcateretere di lesione del tessuto cardiaco
- Studio elettrofisiologico con cateterismo
- Mappatura del cuore
- Impianto o sostituzione di defibrillatore cardiaco (AICD)
- Cardioversione elettrica esterna transtoracica (CVET)

Chirurgia dell'apparato digerente

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per anastomosi mesenterica-cava

- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
- Intervento per neoplasie pancreatiche
- Intervento per pancreatiche acute o croniche per via laparotomica
- Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica [PLAFOND OBESITA']
- Resezione gastrica allargata [PLAFOND OBESITA']
- Resezione gastrica totale [PLAFOND OBESITA']
- Resezione gastro-digiunale [PLAFOND OBESITA']
- Resezione epatica
- Interventi per necrosi acute del pancreas
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Interventi per ulcera peptica post-anastomotica
- Interventi per via laparotomica per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali
- Interventi per via laparotomica per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesioni dell'intestino: resezione intestinale
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Asportazione di neoplasie benigne o maligne dell'esofago
- Legatura di varici esofagee
- Inserimento di bolla gastrica per il trattamento dell'obesità patologica [PLAFOND OBESITA']
- Asportazione di neoplasie benigne o maligne dell'intestino tenue
- Asportazione di neoplasie benigne o maligne del colon
- Asportazione di cisti epatiche
- Asportazione di neoplasie del fegato e del pancreas

Urologia

- Terapia della calcolosi urinaria
- Trattamento chirurgico della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovesicolectomia [PLAFOND PROSTATECTOMIA]
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale [PLAFOND PROSTATECTOMIA]
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Nefrectomia per tumore di Wilms

- Surrenalectomia
- Interventi per fistola vescico-rettale
- interventi per fistola vescico-intestinale
- Intervento per estrofia vescicale
- Interventi per fistola vescico-vaginale
- Amputazione totale del pene con linfadenectomia
- Eminefrectomia o nefrectomia totale per neoplasie del rene
- Sospensione vescicale e/o uretrale sovrapubica per incontinenza urinaria
- Orchidopessi con eventuale detorsione del testicolo

Ginecologia

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia [PLAFOND ISTERECTOMIA TOTALE/SUBTOTALE]
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia [PLAFOND ISTERECTOMIA RADICALE]
- Parto cesareo [PLAFOND PARTO CESAREO]
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento per eviscerazione pelvica
- Intervento per fistola retto-vaginale
- Intervento per creazione operatoria di vagina artificiale (a seguito di intervento demolitivo per neoplasia maligna)
- Intervento per creazione del condotto vaginale con inserimento di protesi (a seguito di intervento demolitivo per neoplasia maligna)
- Riparazione di cistocele e rettocele con plastica
- Asportazione della ghiandola del Bartolino

Chirurgia della mammella

- Quadrantectomia con eventuale linfadenectomia [PLAFOND QUADRANTECTOMIA]
- Ricostruzione mammaria con espansore o protesi dopo mastectomia

Ortopedia e traumatologia

- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio [PLAFOND ARTROPROTESI]
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale [PLAFOND ARTRODESI]
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma che non prevedono artroprotesi
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento
- Artroprotesi carpale [PLAFOND ARTROPROTESI]
- Vertebrotonomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Tenotomia bipolare per torcicollo miogeno congenito
- Impianti flessibili (es. Swanson-Mabauer polso e mano)
- Artroprotesi parziale o totale del ginocchio [PLAFOND ARTROPROTESI]
- Artroprotesi parziale o totale dell'anca [PLAFOND ARTROPROTESI]

Chirurgia maxillo-facciale

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio
- Intervento per anchilosi temporo mandibolare
- Ricostruzione della emimandibola
- Interventi demolitivi del massiccio facciale con svuotamento orbitale
- Push back e faringoplastica

Trapianti di organo

- Trapianti di organo

Cellule staminali

- Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche- effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea

Altri interventi

- Riparazione di meningocele spinale (spina bifida)
- Asportazione di neuroma periferico (di Morton)
- Intervento per strabismo paralitico
- Riparazione di difetto interventricolare con protesi in circolazione extracorporea
- Ablazione transcateretere di lesione o tessuto del cuore
- Inserzione o sostituzione di pacemaker (stimolatore cardiaco) permanente a camera singola o doppia
- Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico (AICD) compreso di inserimento di elettrocatereteri
- Lisi transuretrale endoscopica di aderenze intraluminali o disostruzione del collo vescicale
- Elettrovaporizzazione transuretrale della prostata (TUVAP) - [PLAFOND ADENOPROSTATECTOMIA]
- Enucleazione dell'adenoma prostatico per via transuretrale tramite laser ad Holmio (HOLEP) - [PLAFOND ADENOPROSTATECTOMIA]
- Derotazione del funicolo e del testicolo
- Conizzazione ad ansa della cervice uterina (LEEP) compresa colposcopia
- Revisione di cavità uterina per aborto in atto
- Riduzione cruenta di frattura con osteosintesi di piccoli segmenti
- Riduzione cruenta con osteosintesi di medi segmenti (clavicola, rotula, ulna, radio, perone)

- Riduzione cruenta di frattura con osteosintesi di grandi segmenti (femore, omero, tibia)
- Riduzione cruenta e contenzione di lussazione di piccole articolazioni
- Riduzione cruenta e contenzione di lussazione di medie articolazioni
- Riduzione cruenta e contenzione di lussazione di grandi articolazioni
- Asportazione di cisti meniscale o parameniscale

ALLEGATO 2 - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI
--

Neurochirurgia

- Asportazione di neoplasie primarie o secondarie (metastasi) cerebrali
- Interventi per ernia del disco cervicale o dorso lombare con eventuale artrodesi
- Stenosi vertebrale, compresa foraminotomia, laminectomia e artrodesi
- Decompressione del nervo mediano (sindrome del tunnel carpale)

Sistema endocrino

- Asportazione di lesione della tiroide (cisti o nodulo)
- Tiroidectomia parziale o totale con eventuale linfadenectomia

Oculistica

- Fotocheratectomia refrattiva con laser ad eccimeri (PRK)
- Laserterapia per cataratta secondaria
- Laserterapia nella retinopatia diabetica (a seduta)
- Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche
- Asportazione di calazio
- Asportazione di piccola lesione della palpebra (verruca, cisti o papilloma)
- Correzione di retrazione delle palpebre di tipo funzionale
- Cheratomileusi con laser a eccimeri (LASIK)
- Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze
- FacioIOL per cataratta primaria
- Riparazione di difetti o lacerazioni di retina mediante fotocoagulazione laser

Otorinolaringoiatria

- Adenoidectomia e tonsillectomia
- Settoplastica ricostruttiva o funzionale con eventuali turbinoplastiche
- Chirurgia endoscopica funzionale dei seni paranasali (FESS)

Cardiovascolare

- By-pass aorto coronarico
- Inserzione o sostituzione di pacemaker permanente a camera singola o doppia
- Angioplastica percutanea (PTCA) di vasi non coronarici con inserimento di stent

Digerente

- Asportazione di neoplasie benigne o maligne dello stomaco
- Colecistecomia
- Laparotomia esplorativa o operativa
- Endoscopia retrograda colecisto pancreatica (ERCP)
- Trattamento chirurgico delle emorroidi e delle ragadi anali
- Ernia inguinale, ombelicale, crurale o addominale
- Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) operativa per asportazione di neoplasie benigne o maligne
- Pancoloscopia operativa per asportazione di neoplasie benigne o maligne
- Gastrostomia percutanea endoscopica (PEG)

- Intervento per occlusione intestinale
- Intervento per prolasso rettale con tecnica TRANSTAR

Urologia

- Nefrolitotomia percutanea con frammentazione dei calcoli e loro asportazione
- Litotrissia di calcoli renale/o ureterali (RIRS) con qualsiasi tecnica
- Intervento per stenosi uretrale per via endoscopica (WALL STENT)
- Inserimento o rimozione di stent ureterale
- resezione endoscopica di neoplasie vescicali (TURV o TURB)
- Intervento per circoncisione con frenuloplastica per fimosi
- Resezione della prostata transuretrale (TURP, TUVAP, HOLEP)
- Asportazione di varicocele e idrocele
- Prostatectomia radicale con eventuali linfadenectomie)

Ginecologia

- Ablazione dell'endometrio compresa asportazione di fibromi e polipi in isteroscopia
- Marsupializzazione di cisti ovarica
- Conizzazione della cervice uterina (LEEP) compresa colposcopia
- Revisione della cavità uterina per aborto in atto
- Parto spontaneo

Infertilità

- Prelievo ovociti (pickup) dall'ovaio
- ICSI (iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi nell'ovocita)
- Coltivazione embrione
- Trasferimento embrione in utero

Mammella

- Asportazione di lesione locale (nodulo)
- Mastectomia con eventuale linfadenectomia

Ortopedia

- Rimozione di dispositivi impiantabili (mezzi di sintesi o fissatori interni)
- Intervento di Wilson per alluce valgo
- Intervento per dito a martello
- Intervento per sindrome pronatoria dell'arto inferiore (piede piatto)
- Vertebroplastica percutanea per frattura vertebrale con iniezione di cemento (PMMA)
- Acromionoplastica e riparazione della cuffia dei rotatori
- Intervento per lussazione ricorrente della spalla
- Innesto di cellule staminali (tessuto adiposo, PRP) in una articolazione
- Ricostruzione o riparazione dei legamenti del ginocchio in artroscopia o artrotomia ed eventuale meniscectomia
- Riduzione cruenta di frattura con osteosintesi di piccoli segmenti
- Riduzione cruenta di frattura con osteosintesi di medi segmenti
- Riduzione cruenta con osteosintesi di grandi segmenti
- Meniscectomia per via artroscopica
- Intervento per malattia di De Quervain

- Intervento per malattia di Dupuytren
- Riparazione del dito a scatto della mano (morbo di Motta)

Sistema linfatico

- Asportazione semplice di linfonodi superficiali o profondi
- Asportazione di linfonodo sentinella

Dermatologia

- Asportazione di lesione benigna della cute e del sottocute qualsiasi tecnica
- Asportazione chirurgica di lesione maligna della cute e del sottocute
- Radicalizzazione di neoplasia maligna di cute e sottocute
- Ricostruzione di perdita di sostanza con lembi cutanei
- Altri interventi ricostruttivi di cute e sottocute (innesti)
- Asportazione di cheloidi