

Fondazione E.N.P.A.M.

Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri
Persona giuridica di diritto privato ai sensi del d.lgs. 509/94

**Servizio di polizza di tutela sanitaria integrativa a favore degli iscritti
alla Fondazione Enpam, dei familiari e dei superstiti degli stessi**

Delibera di aggiudicazione definitiva n. 75 del 14/11/2014

CAPITOLATO TECNICO PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO

INTEGRATO CON LE MIGLIORIE PER L'ANNUALITA' 2017

Accordate previa stipula di una connessa Convenzione con la Mutua di Assistenza SaluteMia la quale, al fine di permettere agli aderenti di ottenere i benefici fiscali di cui all'art. 15 del D.P.R. 917/1986 e s.m.i., ha assunto la contraenza dei Piani Sanitari oggetto di gara.

Il CAPITOLATO TECNICO PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO, il relativo ADDENDUM e la Convenzione con SaluteMia devono comunque intendersi connessi e collegati indissolubilmente, quali atti che, a tutti gli effetti, garantiscono l'ENPAM in relazione alle obbligazioni contrattuali assunte dalla Unisalute S.p.A. con la partecipazione alla gara di appalto.

Il presente Capitolato Tecnico si riferisce al servizio di polizza di tutela sanitaria integrativa del quale, su base volontaria e con oneri a proprio carico, possono fruire:

- gli iscritti alla Fondazione Enpam, i familiari e i superstiti degli stessi;
- i componenti degli Organi Statutari dell'ENPAM e della F.N.O.M.C.eO. ed i familiari degli stessi;
- il personale in servizio alla F.N.O.M.C.eO., agli Ordini Provinciali, all'ONAOISI e alle Organizzazioni Sindacali mediche firmatarie di contratti e convenzioni con diritto di rinnovo della polizza anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro ed i familiari degli stessi.

Il Capitolato è suddiviso in due parti.

Nella prima parte è illustrato il piano sanitario della polizza mentre nella seconda parte è illustrata l'attività di service amministrativo e liquidativo di gestione della polizza.

Salvo quanto diversamente indicato nelle specifiche garanzie, il presente Capitolato Tecnico presenta analoghe prestazioni e massimali sia nella polizza sottoscritta dal medico o dall'odontoiatra iscritto/a alla Fondazione Enpam e sia in quella a favore del nucleo familiare dello/a stesso/a.

Si precisa che l'ingresso in copertura può avvenire unicamente durante le due finestre di adesione appositamente aperte per consentire l'ingresso in copertura:

- la prima a inizio anno per garantire l'ingresso in copertura già dalla prima semestralità, per il periodo 1 gennaio – 31 dicembre a fronte della corresponsione del 100% del contributo annuo da

corrispondersi alla Società di Mutuo Soccorso dei Medici e degli Odontoiatri (di seguito SaluteMia);
La copertura per il titolare e per l'eventuale nucleo familiare avrà effetto dalle ore 00 del 1 gennaio, purché l'adesione a SaluteMia e al/i modulo/i integrativi sia stata perfezionata tramite invio del modulo di adesione e pagamento del relativo contributo e conseguente trasmissione a mezzo file .xls delle anagrafiche da parte della Mutua alla Compagnia.

- la seconda, nei mesi di maggio e giugno, per consentire l'ingresso in copertura durante la seconda semestralità dell'annualità assicurativa in corso, per il periodo 1 luglio - 31 dicembre a fronte della corresponsione del 60% del contributo annuo da corrispondersi a SaluteMia.

La copertura per il titolare e per l'eventuale nucleo familiare avrà effetto dalle ore 00 del 1 luglio, purché l'adesione a SaluteMia e al/i modulo/i integrativi sia stata perfezionata tramite invio del modulo di adesione e pagamento del relativo contributo e conseguente trasmissione a mezzo file .xls delle anagrafiche da parte della Mutua alla Compagnia.

L'invio delle anagrafiche da SaluteMia alla Compagnia invio dovrà avvenire con cadenza settimanale durante il periodo finestra. Il tracciato record in formato .xls per la trasmissione delle anagrafiche dovrà riportare i dati presenti sulle schede di adesione a SaluteMia comprensive di nome, cognome, Codice Fiscale e data di eventuale precedente copertura sanitaria del singolo assicurato con altra compagnia assicurativa o Società di Mutuo Soccorso.

Al seguente art.6 "CONTRIBUTI" - Parte seconda – Service amministrativo e liquidativo - si riportano i contributi per il Modulo Base e i tre Moduli Integrativi divisi per fascia di età e riparametrati su base annua e per il periodo di competenza 1 luglio 2017 - 31/12/2017.

Si precisa, inoltre, che l'aderente che entra in copertura nella seconda semestralità dell'anno potrà beneficiare, in relazione alle garanzie presenti nel/i modulo/i sottoscritto/i, di massimali annui interi.

DEFINIZIONI

Per la comprensione dei termini usati nel presente Capitolato, si forniscono le seguenti definizioni:

Accertamento diagnostico

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

Accompagnatore

La persona che assiste l'Assicurato permanendo all'interno dell'istituto di cura e sostenendo spese di carattere alberghiero (vitto e pernottamento).

Assistito o Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione che si intende riservata a:

- gli iscritti alla Fondazione Enpam, i familiari e i superstiti degli stessi;
- i componenti degli Organi Statutari dell'ENPAM e della F.N.O.M.C.eO. ed i familiari degli stessi;
- il personale in servizio alla F.N.O.M.C.eO., agli Ordini Provinciali, all'ONAOISI e alle Organizzazioni Sindacali mediche firmatarie di contratti e convenzioni con diritto di rinnovo della polizza anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro ed i familiari degli stessi.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.

Coniuge

- il coniuge e il convivente more uxorio dell'Assistito fiscalmente o non fiscalmente a carico;
- il convivente more uxorio dell'Assistito anche non residente che produca un'autocertificazione che ne attesti la convivenza.

Contraente

Il soggetto che stipula la Polizza.

Day Hospital

Degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno.

Difetto fisico

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

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Interventi chirurgici

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Invalidità permanente

Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione esercitata dall'Assicurato.

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, sia convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale che privata, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, della case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Massimale

La disponibilità unica ovvero la spesa massima liquidabile per ciascun Assicurato o per l'intero Nucleo Familiare, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

Nucleo Familiare

Il coniuge o il convivente "more uxorio" ed i figli conviventi o non conviventi purché fiscalmente a carico o nei cui confronti vi sia l'obbligo del mantenimento. Sono da considerarsi facenti parte del Nucleo Familiare dell'Isritto e del Pensionato:

- il Coniuge;
- i figli minorenni, i figli maggiorenni fiscalmente a carico fino al compimento del ventiseiesimo anno, i figli maggiorenni fiscalmente a carico con invalidità permanente non inferiore a due terzi come risultanti dallo stato di famiglia;
- i figli in affidamento all'ex coniuge/convivente more uxorio che ne facciano richiesta; per tali soggetti, in ogni caso, non vige l'obbligo di iscrizione nel caso di adesione del nucleo familiare.

L'adesione alla polizza è estendibile al Nucleo Familiare dell'Isritto e del Pensionato, con la possibilità di estendere l'adesione anche al solo Coniuge.

Nel caso di adesione dell'intero Nucleo Familiare dal quarto figlio in poi (compreso) il Contributo annuo per l'Assicurazione del solo Modulo Base è gratuito; pertanto l'importo massimo del Contributo annuo del Nucleo Familiare riferito al Modulo Base è pari al Contributo del coniuge/convivente sommato ai Premi di tre figli, qualsiasi sia il numero degli stessi.

Ai fini del presente Capitolato Tecnico l'Isritto e il Pensionato non sono considerati parte del Nucleo Familiare.

Patologia Progressa

Patologia diagnosticata precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Assicurato alla presente polizza; non sono da considerarsi patologie progressive le gravidanze preesistenti all'adesione alla polizza.

Pensionato

Colui che percepisce trattamento pensionistico dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri. Si considerano pensionati anche i titolari di pensione indiretta o di reversibilità.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Rappresentanti ministeriali

Componenti non Medici od Odontoiatri del Collegio Sindacale dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura, comportante almeno un pernottamento.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società o Compagnia

Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Titolare di pensione indiretta

Il superstite dell'iscritto deceduto prima di aver maturato il diritto a pensione.

Titolare di pensione di reversibilità

Il superstite del pensionato deceduto.

Visita specialistica

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

PARTE PRIMA – PIANO SANITARIO

Il piano sanitario si compone di un modulo base che può anche essere integrato, a scelta dell'Assicurato, con 3 diversi moduli integrativi, di seguito indicati nell'elenco sottostante; sia il modulo base e sia i moduli integrativi sono distinti a seconda che si rivolgano all'Associato o al Nucleo Familiare:

□ **Modulo Base:**

- prestazioni ospedaliere
 - ricoveri con intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuati in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortuni, compreso il parto cesareo: solo grandi interventi chirurgici come identificati nel presente Capitolato,
 - ricoveri in istituto di cura o SSN, anche se effettuati in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortuni, senza intervento chirurgico, compreso il parto naturale, aborto terapeutico e spontaneo: solo gravi eventi morbosi come identificati nel presente Capitolato,
- prestazioni extraospedaliere
 - alta diagnostica,
 - assistenza maternità base,
 - estensione assistenza maternità,
- prestazioni dentarie
- prevenzione
 - cardiovascolare,
 - oncologica,
 - sindrome metabolica,
 - odontoiatrica,
 - oculistica,
 - pediatrica (nel modulo base nucleo familiare),
- non autosufficienza ed assistenza
 - prestazioni long term care
 - prestazioni assistenza.
- Tariffe agevolate in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale e prestazioni di diagnostica quali MOC, Eco trasvaginale e eco transrettale, epiluminescenza.

□ **Modulo integrativo 1 Ricoveri:**

- tutti i ricoveri con intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuati in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortuni,
- tutti i ricoveri in istituto di cura o SSN, anche se effettuati in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortuni, senza intervento chirurgico,

□ **Modulo integrativo 2 Specialistica:**

- alta diagnostica integrata,
- visite specialistiche,
- analisi di laboratorio,

- fisioterapia,
- **Modulo integrativo 3 Odontoiatria:**
 - igiene e prevenzione,
 - cure di primo livello (emergenza e prime cure),
 - cure di secondo livello,

Nella prima parte del presente Capitolato Tecnico sono descritti analiticamente, per ciascun modulo e livello di assistenza e per ciascuna categoria di prestazioni, le voci ammissibili, la forma di erogazione, le disposizioni particolari e l'importo della liquidazione.

Per ciascuna delle prestazioni previste, 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).

La prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia (presunta o accertata) non è operante per quanto concerne le prestazioni di prevenzione, previste con l'art. 1.3.5., e le prestazioni di prevenzione in genere.

Per quanto attiene le prestazioni odontoiatriche, quale sostituto della prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia (presunta o accertata), può essere presentata la scheda anamnestica compilata dall'odontoiatra, ovvero il Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

1. MODULO BASE

1.1. GARANZIA PIANO SANITARIO MODULO BASE

1.1.1. Massimale

Relativamente alle liquidazioni correlate alle spese tutte sostenute, il presente piano sanitario prevede un massimale annuo pari ad Euro 300.000,00 per Assicurato.

1.2. GARANZIA AREA RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

1.2.1. Massimale

Relativamente alle liquidazioni correlate alle spese sostenute a seguito di ricovero in istituto di cura con o senza intervento chirurgico, incluso day hospital, parto naturale e cesareo e aborto terapeutico e spontaneo, il presente piano sanitario prevede un massimale annuo pari ad Euro 200.000,00.

Con esclusivo riferimento al parto cesareo è prevista l'applicazione di un sub-massimale annuo pari a Euro 15.000,00.

Con esclusivo riferimento al parto naturale, aborto terapeutico e aborto spontaneo è prevista l'applicazione di un sub-massimale annuo pari a Euro 10.000,00.

1.2.2. Ricoveri con intervento chirurgico anche in day hospital in istituto di cura a seguito di malattia e infortuni, compreso il parto cesareo

1.2.2.1. Elenco Grandi Interventi Chirurgici (GIC)

Rientrano nella presente garanzia esclusivamente gli interventi chirurgici di seguito elencati, anche se effettuati in regime di day hospital:

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 mieolopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- 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 similari
- Interventi per epilessia focale
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
- Emisferectomia
- Idrocefalo ipersecretivo
- Cordotomia e mielotomia percutanea

Chirurgia generale

- Ernia femorale
- Intervento per asportazione delle neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di

protesi

- Nodulesctomia mammaria

Oculistica

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Odontocheratoprotesi
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile

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 del 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

Chirurgia del collo

- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Resezione esofago cervicale
- Dissezione radicale del collo
- Escissione dotto Tireoglosso

Chirurgia dell'apparato respiratorio

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale
- Toracectomia
- Toracoplastica
- Asportazione del timo
- Decompressione stretto toracico superiore

Chirurgia cardiovascolare

- Asportazione di tumore glomico carotideo

- Decompressione della 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
- 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
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare

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
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica
- Interventi per necrosi acute del pancreas
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria con l'esclusione degli interventi eseguiti per via endoscopica

- 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
- Fistole entero-enteriche
- Anastomosi entero.esofagee
- Polipectomia per via laparotomica

Urologia

- Terapia della calcolosi urinaria incluse le prestazioni quali la Litotrissia endoscopica percutanea ed escluse le terapie mediche sia di tipi farmacologico usate nelle coliche addominali sia quelle volte a sciogliere i calcoli renali farmacologicamente
- Trattamento chirurgico della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- 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

Ginecologia

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Parto cesareo
- Vulvectomy 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)
- Sacrocolpopessi per via addominale per colpocistorettocele

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

CAPITOLATO TECNICO PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO

- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale anche se eseguiti a livello lombare
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- 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
- 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)

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

1.2.2.2. Condizioni di Liquidazione

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

Nel caso di utilizzo esclusivo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia e di personale medico convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture ed al personale medico stessi senza applicazione di scoperti e senza applicazione di franchigia fino alla concorrenza della somma assicurata annua.

Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale

Con riferimento alle prestazioni di cui alla presente garanzia, la Compagnia rimborsa l'importo speso dall'Assistito con applicazione di uno scoperto del 20%, e fino alla concorrenza della somma assicurata annua e con applicazione di una franchigia minima di Euro 100,00.

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto, per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 100 giorni, a un'indennità di Euro 100,00.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto, per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 100 giorni, a un'indennità di Euro 130,00.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa inoltre integralmente senza applicazione di scoperti o franchigie e fino alla concorrenza della somma assicurata annua, anche le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

1.2.2.3. Prestazioni Assicurate

La presente garanzia comprende, con i limiti di seguito individuati, la copertura delle seguenti voci di spesa:

a) Interventi chirurgici

- onorari dei componenti dell'équipe medico-chirurgica che effettua l'intervento, risultanti dalla cartella clinica, escluso qualsiasi soggetto che non partecipi attivamente all'intervento,
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento (comprese le endoprotesi).

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

b) Pre-ricovero

- esami,
- accertamenti diagnostici,
- visite specialistiche,

effettuati nei 30 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

c) Assistenza Medica, Medicinali, Cure durante il ricovero

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

d) Assistenza Infermieristica Privata Individuale durante il ricovero.

Il limite è di Euro 70,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per degenza per persona.

e) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio

La Società, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini di polizza, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prestazioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale. Il massimale annua assicurato corrisponde a € 5.000,00 per persona.

f) Accompagnatore

- retta di vitto e pernottamento nell'Istituto di cura per un accompagnatore dell'Assistito; la presente prestazione verrà corrisposta se debitamente documentata da fatture o ricevute,
- nel caso di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Assistito in struttura alberghiera, la garanzia è prestata se l'Assistito ha residenza in un Comune diverso da quello dell'istituto di cura dove è ricoverato e con il limite giornaliero di Euro 70,00 e per un di massimo di 30 giorni per ricovero; la presente prestazione verrà corrisposta se debitamente documentata da fatture o ricevute.

g) Trasporto dell'Assistito

La presente garanzia comprende il rimborso delle spese debitamente documentate da fatture e/o ricevute per il trasporto dell'Assistito in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura con nel limite massimo di Euro 1.500,00 per Assistito, per annualità.

h) Rimpatrio della salma

La presente garanzia comprende il rimborso delle spese debitamente documentate da fatture e/o ricevute per il rimpatrio della salma dell'Assistito in caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite massimo di Euro 1.500,00 per Assistito, per annualità.

i) Post-ricovero

La garanzia comprende:

- esami e accertamenti diagnostici,
- prestazioni mediche e chirurgiche,
- trattamenti fisioterapici o rieducativi,
- cure termali,

effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La richiesta delle prestazioni di cui alla presente garanzia -ultimi tre punti- deve essere certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura.

La presente garanzia comprende inoltre:

- medicinali, per i quali la garanzia sarà erogata esclusivamente in regime rimborsuale,
- prestazioni infermieristiche nei limiti di Euro 70,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per Assistito nell'anno.

I medicinali di cui sopra sono compresi in garanzia se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

j) Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Compagnia indennizza le spese previste ai paragrafi intitolati "Ricovero con intervento" e "Trasporto dell'Assistito" 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.

k) 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 visite e gli accertamenti diagnostici effettuate nei 90 giorni pre e 90 giorni post intervento, la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero con il limite giornaliero di Euro 70,00 per un periodo massimo di 90 giorni. Il sottomassimale annuo per questa garanzia è pari a Euro 20.000,00 per neonato.

l) Cure dentarie da infortunio

La Società liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate.

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.

Nel caso di utilizzo di strutture o di 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 € 100,00 per fattura/persona.

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 € 700,00 per persona.

1.2.3. Ricoveri senza intervento chirurgico anche in day hospital in istituto di cura a seguito di malattia e infortuni, compreso il parto naturale, aborto terapeutico e spontaneo

1.2.3.1. Elenco Gravi Eventi Morbosi (GEM)

Il ricovero senza intervento è indennizzabile a seguito del parto naturale, di aborto terapeutico e spontaneo o in conseguenza delle seguenti patologie:

- Neoplasie maligne con esclusione delle neoplasie in situ,
- Sindrome coronarica acuta (Angina instabile - IMA trans murale - IMA non Q) con eventuale applicazione di Stent,
- 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,
- Insufficienza renale acuta che necessita di trattamento dialitico,
- Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni: (i) ulcere torbide, (ii) decubiti, (iii) neuropatie, (iv) vasculopatie periferiche, (v) infezioni urogenitali o sovrinfezioni,
- Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni: (i) dispnea, (ii) edemi declivi, (iii) aritmia, (iv) angina instabile, (v) edema o stasi polmonare, (vi) ipossiemia,
- Embolia polmonare,
- Aritmie gravi che si verificano quando è compromessa la funzione di pompa del cuore (es. tachicardia ventricolare-fibrillazione ventricolare-Sindrome del QT Lungo-blocco atrio ventricolare 3° grado),
- Morbo di Parkinson caratterizzato da marcata riduzione dell'attività motoria e da rilevante difficoltà a mantenere la posizione eretta,
- Agenesia cerebellare,
- Atassia cerebellare ereditaria di marie,
- Atassia di friedreich,
- Atassia friedreich-like,
- Corea di Huntington,

- Degenerazione epatocerebrale,
- Degenerazione lenticolare o opotaminale familiare,
- Granulomatosi di Wegener ,
- Istiocitosi x,
- Malattia di Niemann Pick,
- Pemfigoide bolloso,
- Sindrome di Ehlers-Danloss,
- Sindrome di Klippel-Trenaunay,
- Amiloidosi primarie e familiari,
- Sarcoidosi,
- Connettivite mista,
- Crioglobulinemia mista,
- Neurofibromatosi,
- Osteodistrofia congenita,
- Pemfigo,
- Porpora di Schonlein-Henoch,
- Sindromi adrenogenitali congenite,
- Malattia di Whipple,
- Xeroderma pigmentoso,
- Tutti i ricoveri in terapia intensiva.

1.2.3.2. Condizioni di Liquidazione

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

Nel caso di utilizzo esclusivo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia e di personale medico convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse senza applicazione di scoperti o franchigie e fino alla concorrenza della somma assicurata annua.

Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale

Con riferimento alle prestazioni di cui alla presente garanzia, la Compagnia rimborsa l'importo speso dall'Assistito con applicazione di uno scoperto del 20% e fino alla concorrenza della somma assicurata annua e con applicazione di una franchigia minima di Euro 100,00.

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto, per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 100 giorni, a un'indennità di Euro 100,00.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto, per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 100 giorni, a un'indennità di Euro 130,00.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa inoltre integralmente senza applicazione di scoperti o franchigie e fino alla concorrenza della somma assicurata annua, anche le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

1.2.3.3. Prestazioni Assicurate

La presente garanzia comprende, con i limiti di seguito individuati, la copertura delle seguenti voci di spesa:

a) Pre-ricovero

- esami,
- accertamenti diagnostici,
- visite specialistiche,

effettuati nei 15 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Assistenza Medica, Medicinali, Cure durante il ricovero

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

c) Assistenza Infermieristica Privata Individuale durante il ricovero.

Il limite è di Euro 70,00 al giorno per un periodo massimo di 15 giorni per degenza per persona.

d) Accompagnatore

- retta di vitto e pernottamento nell'Istituto di cura per un accompagnatore dell'Assistito; la presente prestazione verrà corrisposta se debitamente documentata da fatture o ricevute,
- nel caso di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Assistito in struttura alberghiera, la garanzia è prestata se l'Assistito ha residenza in un Comune diverso da quello dell'istituto di cura dove è ricoverato e con il limite giornaliero di Euro 70,00 e per un di massimo di 15 giorni per ricovero; la presente prestazione verrà corrisposta se debitamente documentata da fatture o ricevute.

e) Trasporto dell'Assistito

La presente garanzia comprende il rimborso delle spese debitamente documentate da fatture e/o ricevute per il trasporto dell'Assistito in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura con nel limite massimo di Euro 1.500,00 per Assistito, per annualità.

f) Rimpatrio della salma

La presente garanzia comprende il rimborso delle spese debitamente documentate da fatture e/o ricevute per il rimpatrio della salma dell'Assistito in caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite massimo di Euro 1.500,00 per Assistito, per annualità.

g) Post-ricovero

La garanzia comprende:

- esami e accertamenti diagnostici,
- prestazioni mediche e chirurgiche,
- trattamenti fisioterapici o rieducativi,
- cure termali,

effettuati nei 45 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La richiesta delle prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali deve essere certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura.

La presente garanzia comprende inoltre:

- medicinali, per i quali la garanzia sarà erogata esclusivamente in regime rimborsuale,
- prestazioni infermieristiche.

I medicinali di cui sopra sono compresi in garanzia se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

1.3. GARANZIA AREA EXTRARICOVERO

1.3.1. ALTA DIAGNOSTICA (AD Base): sub massimale

Il limite annuo di spesa rimborsabile per la presente garanzia è pari a Euro 15.000,00.

1.3.1.1. Elenco Prestazioni di Alta Diagnostica

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- ☐ Angiografia
- ☐ Artrografia
- ☐ Clisma opaco
- ☐ Colangiografia intravenosa
- ☐ Colangiografia percutanea
- ☐ Colangiografia trans Kehr
- ☐ Fistolografia
- ☐ Fluorangiografia
- ☐ Isterosalpingografia
- ☐ Linfografia
- ☐ Mielografia
- ☐ 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
- ☐ Elettroencefalografia
- ☐ PET
- ☐ Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- ☐ Scintigrafia
- ☐ TAC
- ☐ Agio TAC-Angio RMN
- ☐ PET/TC eseguite contestualmente
- ☐ Campimetria visiva
- ☐ Coronarografia

- ☐ Dialisi
- ☐ Radioterapia
- ☐ Chemioterapia
- ☐ Cobaltoterapia

1.3.1.2. Condizioni di Liquidazione

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

Nel caso di utilizzo esclusivo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia e di personale medico convenzionato, le Spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture con applicazione di una franchigia di Euro 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che l'assistito dovrà versare alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione.

Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Compagnia sull'importo richiesto a rimborso sarà applicato uno scoperto del 20% con applicazione di un minimo non indennizzabile pari ad € 50,00 per prestazione o ciclo di terapia.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa inoltre integralmente, senza applicazione di scoperti o franchigie e fino alla concorrenza della somma assicurata annua, le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

1.3.2. ASSISTENZA MATERNITA' BASE: sub-massimale

Il limite annuo di spesa rimborsabile per la presente garanzia è pari a Euro 3.000,00.

1.3.2.1. Elenco prestazioni dell'Assistenza Maternità Base

Rientrano nella presente garanzia:

- n° 3 ecografie, compresa la morfologica,
- analisi clinico chimiche da protocollo,
- n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologiche,
- n. 1 visita post parto.

1.3.2.2. Condizioni di Liquidazione

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

Nel caso di utilizzo esclusivo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia e di personale medico convenzionato, le Spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture senza l'applicazione di franchigie.

Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale

Non prevista.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa inoltre integralmente, senza applicazione di scoperti o franchigie e fino alla concorrenza della somma assicurata annua, le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

1.3.3. ASSISTENZA MATERNITÀ ESTENSIONE: sub-massimale

Il limite annuo di spesa rimborsabile per la presente garanzia è pari a

- Euro 1.000,00, per l'Assistita di età pari o superiore a 37 anni,
- Euro 600,00, per l'Assistita di età compresa tra 35 e 37 anni,

L'estensione non è prevista per l'Assistita di età pari o inferiore a 34 anni.

1.3.3.1. Elenco prestazioni dell'Assistenza Maternità Estensione

Rientra nella presente garanzia l'effettuazione dell'amniocentesi o della villocentesi (aggiuntive rispetto alle prestazioni previste in area extraricovero)

1.3.3.2. Condizioni di Liquidazione

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

Nel caso di utilizzo esclusivo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia e di personale medico convenzionato, le Spese per le prestazioni erogate all'Assistita vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture con applicazione di una franchigia del 20% che l'Assistita dovrà versare alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione.

Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale

Non prevista.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa inoltre integralmente, senza applicazione di scoperti o franchigie e fino alla concorrenza della somma assicurata annua, le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

1.3.4. PRESTAZIONI DENTARIE: sub-massimale

Il limite annuo di spesa rimborsabile per la presente garanzia è pari a Euro 2.000,00.

Valgono inoltre i seguenti sottomassimali:

- Euro 350,00 per un impianto,
- Euro 750,00 per due impianti.

1.3.4.1. Elenco prestazioni dentarie

Implantologia e relative corone.

1.3.4.2. Condizioni di Liquidazione

Erogazione dell'indennità nei limiti del massimale e dei sottomassimali

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa inoltre integralmente, senza applicazione di scoperti o franchigie e fino alla concorrenza della somma assicurata annua, le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

1.3.5. PREVENZIONE

1.3.5.1. Elenco prestazioni di Prevenzione

a) Prevenzione Cardiovascolare (protocollo Progetto Cuore)

consistente in:

- colesterolo totale,
- colesterolo hdl,
- trigliceridi,
- transaminasi,
- azotemia,
- creatine mia,
- emocromo,
- glicemia,
- visita cardiologica,
- ecg di base,
- uomo 1 volta ogni 2 anni
- donna 1 volta ogni 2 anni

b) Prevenzione Oncologica (standard SSN)

consistente in:

- per la prevenzione del tumore alla mammella: mammografia,
 - per la prevenzione del tumore al collo dell'utero: PAP TEST,
 - per la prevenzione del tumore alla prostata: PSA,
 - per la prevenzione del tumore al colon-retto (sia per gli uomini che per le donne): ricerca del sangue occulto nelle feci,
- uomo > di 45 anni: 1 volta ogni 2 anni
 - donna > di 35 anni: 1 volta ogni 2 anni

c) Prevenzione della Sindrome Metabolica

consistente in colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi

- uomo/donna 1 volta l'anno

d) Prevenzione Oculistica

consistente in:

- Visita Oculistica
- uomo/donna 1 volta ogni 3 anni

e) Prevenzione Pediatrica (solo per Nucleo Familiare)

- tra i 6 e i 12 mesi 1 volta per anno a Nucleo Familiare, 1 ecografia alle anche,
- fino ai 4 anni 2 volte per anno a Nucleo Familiare, 1 visita pediatrica di controllo,
- dai 4 agli 8 anni 1 volta per anno a Nucleo Familiare, 1 visita auxologia.

f) Prevenzione Odontoiatrica

consistente in visita specialistica odontoiatrica e ablazione tartaro

- frequenza uomo/donna 1 volta l'anno

1.3.5.2. Condizioni di Liquidazione

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate (escluso prevenzione Odontoiatrica)

Nel caso di utilizzo esclusivo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia e di personale medico convenzionato, le Spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture senza l'applicazione di franchigie.

Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale (solo per prevenzione Odontoiatrica)

Erogazione indennità come previsto nel Tariffario Dentarie di cui all'allegato A al presente Capitolato di cui costituisce parte integrante.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Non prevista.

1.3.6. NON AUTOSUFFICIENZA ED ASSISTENZA: sub-massimale

Il limite annuo di spesa rimborsabile per la presente garanzia, per un massimo di tre anni, è pari a:

- Euro 12.000,00 nell'utilizzo di strutture convenzionate con la Compagnia,
- Euro 4.000,00 nell'utilizzo di strutture private in regime rimborsuale.

I limiti di cui sopra non sono cumulabili tra loro ma alternativi.

1.3.6.1. Elenco prestazioni della Non Autosufficienza

Viene definita persona "non autosufficiente" quella incapace in modo permanente di svolgere in tutto o in parte le seguenti 6 attività elementari della vita quotidiana:

- a. 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;
- b. 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);
- c. mobilità: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
- d. nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
- e. 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;
- f. 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'Assistito, per la parte superiore o inferiore del corpo.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi associati all'Assistito in condizioni di non autosufficienza raggiunge almeno 40 punti; per la definizione del punteggio si veda l'allegato B al presente Capitolato di cui costituisce parte integrante.

La prestazione assicurata consente l'erogazione all'Assistito di prestazioni inerenti la non autosufficienza in strutture convenzionate con la Compagnia e in regime rimborsuale secondo i massimali indicati.

In assenza di spese documentate nell'anno è prevista un'indennità annua pari a Euro 2.500,00 erogata alla fine del primo trimestre dell'anno successivo a quello di competenza del sinistro.

1.3.6.2. Elenco prestazioni di Assistenza

In aggiunta alle prestazioni erogate di cui all'articolo precedente, sono fornite all'Assistito le seguenti prestazioni assistenziali:

- informazioni ed orientamento medico telefonico,
- consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione,
- consulenza telefonica medico specialista,
- servizio di guardia medica permanente,
- gestione appuntamenti,
- consegna esiti a domicilio,
- invio medicinali a domicilio,
- sistema di messaggistica via email e sms memo salute,
- diagnosi comparativa tramite Centrale Operativa,
- area riservata via web per prenotazioni e consultazioni,
- applicazione su smart-phone e tablet.

1.3.6.3. Condizioni di Liquidazione

Descritte nei paragrafi precedenti

1.3.6.4. Esclusioni

È esclusa dalla copertura la non autosufficienza dovuta a:

- attività dolosa dell'Assistito;
- partecipazione dell'Assistito a delitti dolosi;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assistito 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;

- partecipazione attiva dell'Assistito 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'Assistito 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'Assistito si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assistito implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- incidente di volo, se l'Assistito 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;
- malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assistito 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;
- atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari e/o batteriologiche e/o chimiche;
- 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.).

Nella valutazione dello stato di non autosufficienza verrà esclusa l'eventuale perdita di autosufficienza dell'Assistito 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.

1.3.7. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE IN CASO DI INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE E PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA IN ELENCO

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale o limitatamente ad alcune prestazioni di alta diagnostica di seguito elencate, poiché non in copertura e a costo 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 convenzionata, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

- MOC
- Eco transrettale
- Eco transvaginale
- Epiluminescenza

MODULO INTEGRATIVO 1 RICOVERI

L'adesione ad uno qualsiasi dei Moduli Integrativi o a due dei Moduli Integrativi comunque scelti o a tutti e tre i Moduli Integrativi è consentita esclusivamente in caso di sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo Base. Quanto sopra vale sia per l'iscritto e il Pensionato e sia per il Coniuge o il Nucleo Familiare che può pertanto aderire ai vari Moduli Integrativi senza che il Titolare vi abbia aderito purché sia il Titolare e sia il Coniuge o il Nucleo Familiare abbiano aderito al Modulo Base.

1.4. GARANZIA PIANO SANITARIO MODULO INTEGRATIVO 1

1.4.1. Massimale

Relativamente alle liquidazioni correlate alle spese sostenute a seguito di ricovero in istituto di cura con o senza intervento chirurgico, anche se effettuati in regime di day hospital, il presente piano sanitario prevede un massimale annuo pari ad Euro 25.000,00 per Assicurato.

Si precisa che la prestazione riguardante il parto cesareo, il parto naturale, l'aborto terapeutico e spontaneo oggetto sia del Modulo Base che del presente Modulo Integrativo saranno erogate prioritariamente secondo la copertura Base e solo in caso di superamento del massimale e sub massimale del Modulo Base saranno erogate nell'ambito della copertura Integrativa.

1.4.2. Ricoveri con intervento chirurgico anche in day hospital in istituto di cura a seguito di malattia e infortuni, compreso il parto cesareo

Rientrano nella presente garanzia TUTTI gli interventi chirurgici, anche se effettuati in regime di day hospital, anche per via endoscopica, laparoscopica, in toracosopia e mediante radiologia interventistica.

1.4.2.1. Condizioni di Liquidazione

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

Nel caso di utilizzo esclusivo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia e di personale medico convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse senza applicazione di scoperti e senza applicazione di franchigia fino alla concorrenza della somma assicurata annua.

Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale

Con riferimento alle prestazioni di cui alla presente garanzia, la Compagnia rimborsa l'importo speso dall'Assistito con applicazione di uno scoperto del 20% e fino alla concorrenza della somma assicurata annua e con applicazione di una franchigia minima di Euro 100,00.

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto, per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 100 giorni, a un'indennità di Euro 100,00.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto, per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 100 giorni, a un'indennità di Euro 150,00.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa inoltre integralmente, senza applicazione di scoperti o franchigie e fino alla concorrenza della somma assicurata annua, anche le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

1.4.2.2. Prestazioni Assicurate

La presente garanzia comprende, con i limiti di seguito individuati, la copertura delle seguenti voci di spesa:

a) Interventi chirurgici

- onorari dei componenti dell'équipe medico-chirurgica che effettua l'intervento, risultanti dalla cartella clinica, escluso qualsiasi soggetto che non partecipi attivamente all'intervento,
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento (comprese le endoprotesi).

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

b) Pre-ricovero

- esami,
- accertamenti diagnostici,
- visite specialistiche,

effettuati nei 30 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

c) Assistenza Medica, Medicinali, Cure durante il ricovero

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

d) Assistenza Infermieristica Privata Individuale durante il ricovero.

Il limite è di Euro 70,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per degenza per persona.

e) Accompagnatore

- retta di vitto e pernottamento nell'Istituto di cura per un accompagnatore dell'Assistito; la presente prestazione verrà corrisposta se debitamente documentata da fatture o ricevute,
- nel caso di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Assistito in struttura alberghiera, la garanzia è prestata se l'Assistito ha residenza in un Comune diverso da quello dell'istituto di cura dove è ricoverato e con il limite giornaliero di Euro 70,00 e per un di massimo di 30 giorni per ricovero; la presente prestazione verrà corrisposta se debitamente documentata da fatture o ricevute.

f) Trasporto dell'Assistito

La presente garanzia comprende il rimborso delle spese debitamente documentate da fatture e/o ricevute per il trasporto dell'Assistito in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura con il massimo di € 1.500,00 per Assistito, per annualità.

g) Post-ricovero

La garanzia comprende:

- esami e accertamenti diagnostici,
- prestazioni mediche e chirurgiche,
- trattamenti fisioterapici o rieducativi,
- cure termali,

effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La richiesta delle prestazioni di cui alla presente garanzia -ultimi tre punti- deve essere certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura.

La presente garanzia comprende inoltre:

- medicinali, per i quali la garanzia sarà erogata esclusivamente in regime rimborsuale,
- prestazioni infermieristiche nei limiti di Euro 70,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per Assistito nell'anno.

I medicinali di cui sopra sono compresi in garanzia se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

h) Neonati

La presente garanzia comprende il rimborso delle spese per TUTTI gli interventi chirurgici effettuati nei primi due anni di vita del neonato; sono comprese in garanzia le visite e gli accertamenti diagnostici effettuate nei 90 giorni pre e 90 giorni post intervento, la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero con il limite giornaliero di Euro 70,00 per un periodo massimo di 90 giorni. Il sottomassimale annuo per questa garanzia è pari a Euro 15.000,00.

1.4.3. Ricoveri senza intervento chirurgico anche in day hospital in istituto di cura a seguito di malattia e infortuni, compreso il parto naturale, aborto terapeutico e spontaneo

Rientrano nella presente garanzia TUTTE le patologie.

1.4.3.1. Condizioni di Liquidazione

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

Nel caso di utilizzo esclusivo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia e di personale medico convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse senza applicazione di scoperti o franchigie e fino alla concorrenza della somma assicurata annua.

Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale

Con riferimento alle prestazioni di cui alla presente garanzia, la Compagnia rimborsa l'importo speso dall'Assistito con applicazione di uno scoperto del 20% e fino alla concorrenza della somma assicurata annua e con applicazione di una franchigia minima di Euro 100,00.

Inoltre, con esclusivo riferimento al parto naturale è prevista l'applicazione di un sub massimale pari ad € 5.000,00.

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto, per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 100 giorni, a un'indennità di Euro 100,00.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto, per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 100 giorni, a un'indennità di Euro 150,00.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa inoltre integralmente, senza applicazione di scoperti o franchigie e fino alla concorrenza della somma assicurata annua, anche le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

1.4.3.2. Prestazioni Assicurate

La presente garanzia comprende, con i limiti di seguito individuati, la copertura delle seguenti voci di spesa:

a) Pre-ricovero

- esami,
- accertamenti diagnostici,

- visite specialistiche,

effettuati nei 15 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Assistenza Medica, Medicinali, Cure durante il ricovero

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

c) Assistenza Infermieristica Privata Individuale durante il ricovero.

Il limite è di Euro 70,00 al giorno per un periodo massimo di 15 giorni per degenza per persona.

d) Accompagnatore

- retta di vitto e pernottamento nell'Istituto di cura per un accompagnatore dell'Assistito; la presente prestazione verrà corrisposta se debitamente documentata da fatture o ricevute,
- nel caso di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Assistito in struttura alberghiera, la garanzia è prestata se l'Assistito ha residenza in un Comune diverso da quello dell'istituto di cura dove è ricoverato e con il limite giornaliero di Euro 70,00 e per un di massimo di 30 giorni per ricovero; la presente prestazione verrà corrisposta se debitamente documentata da fatture o ricevute.

e) Trasporto dell'Assistito

La presente garanzia comprende il rimborso delle spese debitamente documentate da fatture e/o ricevute per il trasporto dell'Assistito in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura con il massimo di € 1.500,00 per assistito, per annualità.

f) Post-ricovero

La garanzia comprende:

- esami e accertamenti diagnostici,
- prestazioni mediche e chirurgiche,
- trattamenti fisioterapici o rieducativi,
- cure termali,

effettuati nei 45 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La richiesta delle prestazioni di cui alla presente garanzia -ultimi tre punti- deve essere certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura.

La presente garanzia comprende inoltre:

- medicinali, per i quali la garanzia sarà erogata esclusivamente in regime rimborsuale,
- prestazioni infermieristiche nei limiti di Euro 70,00 al giorno per un periodo massimo di 15 giorni per Assistito nell'anno.

I medicinali di cui sopra sono compresi in garanzia se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

2. MODULO INTEGRATIVO 2 SPECIALISTICA

L'adesione ad uno qualsiasi dei Moduli Integrativi o a due dei Moduli Integrativi comunque scelti o a tutti e tre i Moduli Integrativi è consentita esclusivamente in caso di sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo Base. Quanto sopra vale sia per l'iscritto e il Pensionato e sia per il Coniuge o il Nucleo Familiare che può pertanto aderire ai vari Moduli Integrativi senza che il Titolare vi abbia aderito purché sia il Titolare e sia il Coniuge o il Nucleo Familiare abbiano aderito al Modulo Base.

2.1. GARANZIA PIANO SANITARIO MODULO INTEGRATIVO 2

2.1.1. Massimale

Il limite annuo di spesa rimborsabile per la presente garanzia è pari a:

- Euro 2.700,00 per Assistito,
- Euro 4.200,00 per il Nucleo familiare (escluso l'iscritto) con sub massimale di Euro 1.500,00 per persona facente parte del Nucleo.

Valgono inoltre i seguenti sub-massimali annui:

- | | |
|------------------------------|---------------|
| □ Alta Diagnostica Integrata | Euro 1.600,00 |
| □ Visite Specialistiche | Euro 500,00 |
| □ Analisi di laboratorio | Euro 250,00 |
| □ Fisioterapia | Euro 350,00 |

Si precisa che la prestazione riguardante l'alta diagnostica oggetto sia del Modulo Base che del presente Modulo Integrativo saranno erogate prioritariamente secondo la copertura Base e solo in caso di superamento del massimale e sub massimale del Modulo Base saranno erogate nell'ambito della copertura Integrativa.

La garanzia riguardante le prestazioni fisioterapiche sarà operante nel caso in cui le prestazioni stesse vengano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, con l'esclusione delle prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

2.1.2. Elenco Prestazioni di Alta Diagnostica Integrata, accertamenti e terapie

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- Angiografia
- Artrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans Kehr
- Fistelografia
- Fluorangiografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- 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
- Elettroencefalografia
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- TAC
- Agio TAC-Angio RMN
- PET/TC eseguite contestualmente
- Campimetria visiva
- Coronarografia

- Dialisi
- Radioterapia
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia

- Ecocardiogramma
- Eco-stress
- Ecocardiogramma trans esofageo
- Elettrocardiogramma dinamico (Holter cardiaco)
- Scintigrafia cardiaca da sforzo
- Ecocolordoppler (arti inferiori e superiori) (aorta) (tronchi sovraortici) (arteria renale)
- Doppler transcranico
- Holter pressorio
- Ecografie
- Endoscopie diagnostiche
- Mammografia
- Elettromiografia
- Uroflussometria
- Eco prostatica transrettale
- Cistoscopia
- Broncoscopia
- Biopsia -Biopsia eco guidata -Biopsia TAC guidata

2.1.3. Condizioni di Liquidazione

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

Nel caso di utilizzo esclusivo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia e di personale medico convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse senza applicazione di scoperti e senza applicazione di franchigia fino alla concorrenza della somma assicurata annua.

Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale

Con riferimento alle prestazioni di cui alla presente garanzia, la Compagnia rimborsa l'importo speso

dall'Assistito con applicazione di uno scoperto del 20% e fino alla concorrenza della somma assicurata annua e con applicazione di una franchigia di Euro 35,00.

La franchigia di cui sopra sarà applicata per ciascuna prestazione per le garanzie "Alta Diagnostica Integrata,", "Visite Specialistiche" e "Analisi di laboratorio" e per ciascun ciclo di terapia per la garanzia "Fisioterapia", intendendo per ciclo di terapia quanto previsto dal Servizio Sanitario Nazionale e cioè la prescrizione di una serie della stessa prestazione fisioterapica per un massimo 10 sedute oppure 3 serie di prestazioni fisioterapiche diverse, ciascuna fino a un massimo di 10 sedute.

Le prestazioni inerenti la Fisioterapia saranno rimborsate, nei limiti previsti dal massimale e dal sub-massimale, secondo il tariffario di cui all'allegato C al presente Capitolato di cui costituisce parte integrante.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente, senza applicazione di scoperti o franchigie e fino alla concorrenza della somma assicurata annua, le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

3. MODULO INTEGRATIVO 3 ODONTOIATRIA

L'adesione ad uno qualsiasi dei Moduli Integrativi o a due dei Moduli Integrativi comunque scelti o a tutti e tre i Moduli Integrativi è consentita esclusivamente in caso di sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo Base. Quanto sopra vale sia per l'iscritto e il Pensionato e sia per il Coniuge o il Nucleo Familiare che può pertanto aderire ai vari Moduli Integrativi senza che il Titolare vi abbia aderito purché sia il Titolare e sia il Coniuge o il Nucleo Familiare abbiano aderito al Modulo Base.

3.1. GARANZIA PIANO SANITARIO MODULO INTEGRATIVO 3

3.1.1. Massimale

Il limite annuo di spesa rimborsabile per la presente garanzia è pari a

- Euro 700,00, per Assistito,
- Euro 1.800,00, per il Nucleo Familiare (escluso l'Assistito) con sub massimale di Euro 700,00 per persona facente parte del Nucleo Familiare.

3.1.2. Elenco Prestazioni di Odontoiatria

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni:

Igiene e prevenzione

- Visita odontoiatrica
- Ablazione tartaro

Cure di primo livello (emergenza e prime cure)

- Rx endorale (per due elementi)
- Estrazione di dente o radice
- Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali
- Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali
- Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente
- Terapia endodontica ad un canale
- Terapia endodontica a due canali
- Terapia endodontica a tre o quattro canali
- Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica

Cure di secondo livello

- Ortopantomagrafia
- Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)
- Rizectomia - per elemento
- Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali
- Rizotomia e relative endorali
- Interventi di piccola chirurgia orale (fenulectomia - incisione di accesso - asportazione di epulide o cisti mucose - opercolotomia - intervento chirurgico prepotesico) e relative endorali
- Placca occlusale o bite
- Molaggio selettivo per arcata
- Esame elettromiografico e/o kinesiografico

3.1.3. Carenza

Per le prestazioni di cui all'elenco precedente valgono le seguenti carenze:

Igiene e prevenzione

- nessuna carenza

Cure di primo livello (emergenza e prime cure)

- carenza 90 gg
- da 3 a 6 mesi rimborso al 50%
- oltre i 6 mesi rimborso al 100%

Cure di secondo livello

- carenza 90 gg
- da 3 a 6 mesi rimborso al 30%
- da 6 a 12 mesi rimborso al 60%
- oltre i 12 mesi rimborso al 100%

3.1.4. Condizioni di Liquidazione

Utilizzo in regime rimborsuale

Con riferimento alle prestazioni di cui alla presente garanzia, la Compagnia rimborsa l'importo speso dall'Assistito, nei limiti previsti dal massimale e dal sub-massimale, secondo il Tariffario Dentarie di cui all'allegato A al presente Capitolato di cui costituisce parte integrante.

4. CONDIZIONI DEL PIANO SANITARIO

- A. Questionario Anamnestico: non richiesto,
B. Limiti territoriali: operatività mondo intero,
C. Limiti di età: nessun limite;
D. Patologie Pregresse degli aderenti già in precedenza assicurati con una convenzione stipulata dall'ENPAM:

per i soli aderenti già assicurati precedentemente e senza soluzione di continuità da una convenzione stipulata dall'ENPAM, ancorché prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, la presente assicurazione è operante per:

- le spese relative a ricoveri/interventi/prestazioni che siano conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Assicurato alla presente polizza,
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni diagnosticato e/o conosciuti precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Assicurato alla presente polizza.

Fanno eccezione a quanto sopra riportato e sono pertanto esclusi i ricoveri/gli interventi/le prestazioni ovvero le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate e/o conosciuti precedentemente alla data di prima adesione da parte di ciascun assicurato alla convenzione stipulata dall'ENPAM, ancorché prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, senza soluzione di continuità e precedentemente alla data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione.

Qualora con riferimento a tale condizione D. insorga una controversia in ordine alla operatività della copertura, il caso verrà sottoposto alla Commissione Paritetica di cui all'Art. 16 del presente Capitolato.

5. INOPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

Con le eccezioni indicate al punto D. del precedente articolo, sono in ogni caso escluse dalla copertura le spese per:

- le spese relative a ricoveri/interventi/prestazioni che siano conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Assicurato alla presente Polizza,
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni diagnosticato e/o conosciuti precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Assicurato alla presente polizza;
- qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione (salvo quanto previsto nei precedenti paragrafi).
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 90 giorni successivi allo stesso;
- prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;

CAPITOLATO TECNICO PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO

- aborto volontario non terapeutico;
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio) e/o non conseguenti a patologia;
- le protesi di qualsiasi altro tipo (escluse le endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) quali – a titolo esemplificativo – apparecchi acustici, plantari e simili;
- trattamenti sclerosanti;
- i trattamenti fisioterapici e trattamenti rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini, salvo quanto previsto dai punti 1.2.2.3 lettera h; 1.2.3.3. lettera g e, in caso di adesione al Modulo Integrativo 2 “Specialistica”, 2.1.2.2. lettera g;
- 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.)
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

La inoperatività delle garanzie "cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 90 giorni successivi allo stesso" non è da applicarsi nei seguenti casi:

- per le prestazioni di cui all'articolo 3.1 Garanzia Piano sanitario “Modulo Integrativo 2” di pag. 24 e all'allegato C di pag. 38,
- per i ricoveri effettuati in regime di day hospital ove specificamente previsti nel Capitolato Tecnico di gara,
- in tutte le circostanze diversamente previste nel presente Capitolato

In deroga alla inoperatività delle garanzie per “prestazioni rese a persone affette da infermità mentali”, anche per gli Assistiti affetti da patologie mentali e disturbi psichici saranno attivabili le garanzie previste dal piano sanitario, in base alla Legge n. 18 del 3 marzo 2009, recante la ratifica e l'esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata a New York il 13 dicembre 2006.

PARTE SECONDA – SERVICE AMMINISTRATIVO E LIQUIDATIVO

6. CONTRIBUTI

CONTRIBUTI MODULO BASE	contributo annuo	contributo seconda semestralità
P1. Contributo annuo lordo relativo al Modulo BASE che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età inferiore a 20 anni (compresi)	€ 297,00	€ 178,20
P2. Contributo annuo lordo relativo al Modulo BASE che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età compresa tra i 21 e i 40 anni (compresi)	€ 337,50	€ 202,50
P3. Contributo annuo lordo relativo al Modulo BASE che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età compresa tra 41 e 59 anni (compresi)	€ 530,36	318,216
P4. Contributo annuo lordo relativo al Modulo BASE che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età superiore a 60 anni (compresi)	€ 819,65	491,79
CONTRIBUTI MODULO INTEGRATIVI 1 RICOVERI	contributo annuo	contributo seconda semestralità
P5. Contributo annuo lordo relativo al Modulo BASE che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età inferiore a 20 anni (compresi)	€ 250,80	€ 150,48
P6. Contributo annuo lordo relativo al Modulo integrativo 1 RICOVERI che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età compresa tra i 21 e i 40 anni (compresi)	€ 285,00	171,00
P7. Contributo annuo lordo relativo al Modulo integrativo 1 RICOVERI che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto o Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età compresa tra 41 e 59 anni (compresi)	€ 332,50	199,50
P8. Contributo annuo lordo relativo al Modulo integrativo 1 RICOVERI che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età superiore a 60 anni (compresi)	€ 522,50	313,50

**Servizio di polizza di tutela sanitaria integrativa a favore degli iscritti
alla Fondazione Enpam, dei familiari e dei superstiti degli stessi**

CAPITOLATO TECNICO PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO

CONTRIBUTI MODULO INTEGRATIVI 2 SPECIALISTICA	contributo annuo	contributo seconda semestralità
P9. Contributo annuo lordo relativo al Modulo BASE che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età inferiore a 20 anni (compresi)	€ 277,20	€ 166,32
P10. Contributo annuo lordo relativo al Modulo integrativo 2 SPECIALISTICA che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età compresa tra i 21 e i 40 anni (compresi)	€ 315,00	189,00
P11. Contributo annuo lordo relativo al Modulo integrativo 2 SPECIALISTICA che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età compresa tra 41 e 59 anni (compresi)	€ 525,00	315,00
P12. Contributo annuo lordo relativo al Modulo integrativo 2 SPECIALISTICA che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età superiore a 60 anni (compresi)	€ 735,00	441,00
CONTRIBUTI MODULO INTEGRATIVI 3 ODONTOIATRIA	contributo annuo	contributo seconda semestralità
P13. Contributo annuo lordo relativo al Modulo BASE che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età inferiore a 20 anni (compresi)	€ 277,20	€ 166,32
P14. Contributo annuo lordo relativo al Modulo integrativo 3 ODONTOIATRIA che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età compresa tra i 21 e i 40 anni (compresi)	€ 315,00	€ 189,00
P15. Contributo annuo lordo relativo al Modulo integrativo 3 ODONTOIATRIA che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età compresa tra 41 e 59 anni (compresi)	€ 420,00	€ 252,00
P16. Contributo annuo lordo relativo al Modulo integrativo 3 ODONTOIATRIA che dovrà essere corrisposto, su base volontaria, da ogni singolo Iscritto e Pensionato e da ciascun componente il Nucleo Familiare con età superiore a 60 anni (compresi)	€ 490,00	€ 294,00

I sopra indicati valori dei contributi sono al lordo delle imposte.

I valori dei contributi corrisposti dai Contraenti saranno determinati sulla base del valore dei contributi sopra determinati come modificati dai ribassi offerti in gara dal concorrente aggiudicatario.

I diversi contributi sono corrisposti dai Contraenti al variare del modulo acquistato (BASE e INTEGRATIVI 1, 2 e 3) e dell'età dell'Assicurato e variano in ugual modo per l'Iscritto, il Pensionato e ciascun componente il Nucleo Familiare.

Dal quarto figlio in poi (compreso) il contributo annuo per l'Assicurazione del solo Modulo Base è gratuito; pertanto l'importo massimo del contributo annuo del Nucleo Familiare riferito al Modulo Base è pari al Contributo del coniuge/convivente sommato ai Premi di tre figli, qualsiasi sia il numero degli stessi.

7. DENUNCIA DEL SINISTRO

La Compagnia mette a disposizione un numero verde attraverso il quale l'Assistito avrà la possibilità di contattare la Centrale Operativa e ricevere informazioni e assistenza sulla prenotazione delle prestazioni garantite dalla Polizza. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa della Compagnia saranno a disposizione dell'Assistito per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con la Polizza.

La Centrale Operativa sarà gestita secondo un modello organizzativo definito e trasparente nel quale sono indicati gli orari e i giorni di attività, il numero di addetti, la gestione dei contatti, le modalità di fornitura della consulenza medica, i tempi massimi di risposta degli operatori.

A disposizione dell'Assistito saranno anche:

- un contact center,
- servizi web,

dei quali verranno definite le modalità di utilizzo.

7.1. Impossibilità dell'immediata denuncia del sinistro e utilizzo delle strutture convenzionate

Nel caso motivi di urgenza non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa per cui l'Assistito si avvale di una struttura sanitaria convenzionata con la Compagnia senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa, la Compagnia concede all'Assistito un termine congruo non inferiore a 5 giorni - eventualmente aumentati in fase di offerta da parte dell'aggiudicatario la gara - per denunciare il sinistro e comunicare eventuali prestazioni o servizi già usufruiti coperti dalle garanzie della Polizza.

7.2. Impossibilità dell'immediata denuncia del sinistro utilizzando strutture non convenzionate

Valgono le condizioni previste all'Art. 2952 del Codice Civile (prescrizione in materia di assicurazione).

8. SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

8.1. Criteri generali di liquidazione

Nel caso di utilizzo esclusivo delle strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia e di personale medico convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito verranno liquidate direttamente dalla Compagnie alle strutture stesse secondo quanto riportato nella prima parte del Capitolato Tecnico fino alla concorrenza del massimale annuo garantito.

La Compagnia dovrà disporre di una rete convenzionata, propria e/o terza, presente nel territorio nazionale, idonea a garantire anche l'assistenza diretta delle prestazioni oggetto di copertura di cui al Capitolato Tecnico, con almeno:

- 200 strutture per ricoveri (Case di Cura, Ospedali, Istituti di Cura a Carattere Scientifico), di cui almeno 1 per capoluogo di Regione, eventualmente aumentate in fase di offerta da parte dell'aggiudicatario la gara;
- 500 centri diagnostici, eventualmente aumentati in fase di offerta da parte dell'aggiudicatario la gara;
- 400 centri fisioterapici, eventualmente aumentati in fase di offerta da parte dell'aggiudicatario la gara.

8.2. Astensione dalla rivalsa nei confronti dell'Assistito

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assistito da qualunque azione di rivalsa esperibile dalla Struttura Sanitaria per il credito sorto a seguito delle Prestazioni eseguite da quest'ultima in favore dell'Assistito, fatta eccezione per il caso in cui detto credito sia sorto da spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di Polizza e per quelle eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

9. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

9.1. Criteri generali di liquidazione

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale medico non convenzionato con la Compagnia, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito verranno liquidate secondo quanto riportato nella prima parte del Capitolato Tecnico fino alla concorrenza del massimale annuo garantito.

La Compagnia liquiderà il pagamento di quanto spettante all'Assicurato entro il limite di 30 giorni decorrente dalla richiesta di rimborso o dalla avvenuta ricezione da parte della Compagnia della documentazione sanitaria (ove previsto dalla Polizza). In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assistito al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

10. SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

10.1. Criteri generali di liquidazione

L'assistito, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a una indennità secondo quanto riportato nella prima parte del Capitolato Tecnico fino alla concorrenza del massimale annuo garantito.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa inoltre integralmente, senza applicazione di scoperti o franchigie e fino alla concorrenza della somma assicurata annuo, anche le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

La Compagnia liquiderà il pagamento di quanto spettante all'Assicurato a proprie cure entro il limite di 30 giorni decorrente dalla richiesta di rimborso o dalla avvenuta ricezione da parte della Compagnia della documentazione sanitaria (ove previsto dalla Polizza). In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assistito al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

11. NORME RELATIVE ALLA LIQUIDAZIONE DELLE GARANZIE PER NON AUTOSUFFICIENZA

11.1. Accoglimento della denuncia del sinistro

Nel caso di malattia che abbia comportato o sembri comportare una non autosufficienza indennizzabile ai sensi delle condizioni previste dalla garanzia, la Compagnia si obbliga ad accogliere la denuncia del sinistro entro 90 giorni dalla data in cui si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza.

La denuncia del sinistro dovrà essere accompagnata da adeguata documentazione medica.

Entro 15 gg dalla data della denuncia la Compagnia dovrà inviare all'Assistito, o ad un suo rappresentate, un questionario da far compilare al medico curante o ospedaliero in collaborazione con le persone che si occupano effettivamente dell'Assistito.

La Compagnia, entro 45 gg dal ricevimento del questionario con annessa la eventuale ulteriore documentazione medica richiesta, si impegna ad effettuare la visita medica di cui all'Art. 11.2 ed entro 45 giorni la stessa Compagnia si impegna a dare riscontro all'Assistito in merito all'esito della visita medica.

11.2. Accertamento dello stato di non autosufficienza

La Compagnia, con propria Commissione appositamente costituita, accerterà, a proprio costo ed oneri, la sussistenza delle condizioni di cui all'art. 1.3.6.1 di cui alla Parte I del Capitolato Tecnico (Condizioni per l'erogazione delle prestazioni).

Le conclusioni della Commissione costituita dalla Compagnia, se contestate, saranno oggetto di valutazione da parte della Commissione Paritetica di cui all'articolo 17 del presente Capitolato Tecnico.

11.3. Criteri di liquidazione dell'indennizzo

Il pagamento di quanto spettante all'Isritto verrà effettuato previa verifica, da parte della Compagnia, attestante la non autosufficienza dell'Assistito. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro, ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

11.4. Termini per la liquidazione dell'indennizzo

Dopo l'accertamento positivo dello stato di non autosufficienza, la Compagnia erogherà il contributo previsto per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assistito, entro 30 giorni - eventualmente diminuiti in fase di offerta da parte dell'aggiudicatario la gara - dalla ricezione della documentazione relativa alle spese sostenute dall'Isritto inerenti e conseguenti allo stato di non autosufficienza e

12. PENALE PER RITARDO NEGLI INDENNIZZI

La liquidazione degli indennizzi indicati nel presente Capitolato Tecnico, che sia fatta dalla Società oltre i termini ivi previsti, determina in favore dell'Assicurato il pagamento di una penale pari al 15% dell'indennizzo dovuto.

Sulla somma dovuta a titolo d'indennizzo all'Assicurato e aumentata della penale anzidetta, si applica un tasso d'interesse del 10% annuo, se la liquidazione è eseguita oltre i sei mesi dallo scadere dei termini previsti.

13. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

13.1. Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con la Società

La Compagnia si obbliga affinché la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Compagnia ed effettuate in strutture sanitarie convenzionate venga consegnata direttamente dalla Struttura all'Assicurato.

13.2. Prestazioni in Strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La Compagnia, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito alla stato delle sue richieste di rimborso, provvederà all'invio dei seguenti riepiloghi:

- ▶ riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- ▶ riepilogo trimestrale delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre;
- ▶ riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

In alternativa a quanto sopra, la Compagnia potrà garantire a tutti gli Assicurati procedure on line e servizi web per la visione e lo scarico dei riepiloghi di cui al presente articolo.

14. ACCOGLIMENTO DELLA DENUNCIA OLTRE LA DATA DI SCADENZA DELLA ASSICURAZIONE

Qualora la garanzia scada prima che sia stata presentata denuncia di danno e sempre che la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della garanzia stessa, si applicano le condizioni previste all'Art. 2952 del Codice Civile (prescrizione in materia di assicurazione).

15. COMMISSIONE PARITETICA COMPAGNIA - ENPAM

La Compagnia e ENPAM istituiscono una Commissione paritetica per la gestione delle controversie in relazione:

- alla liquidabilità dei rimborsi richiesti dall'Assistito;
- alla soluzione di eventuali contrasti interpretativi dell'Assicurazione.

La Commissione esamina i casi ad essa sottoposti esprimendo un parere che verrà comunicato dalla Società all'Assicurato.

La Commissione avrà anche il compito di :

- verificare la congruità e l'onere delle prestazioni e dei rimborsi conseguenti a richieste formulate dall'Assistito;
- monitorare l'utilizzo del contratto da parte degli Assicurati per un controllo costante dell'andamento della polizza;
- formulare, se necessario, indicazioni di modifiche contrattuali per l'annualità successiva alla scadenza del contratto.

16. REPORTING A ENPAM

Con cadenza trimestrale la Compagnia invierà a ENPAM un report per ciascuna classe di età corrispondente ai livelli dei premi con indicati i seguenti dati ulteriormente suddivisi per Iscritti/Pensionati/Nucleo Familiare, modulo base e moduli integrativi:

- totale dei premi pagati nel periodo di analisi;
- numero dei sinistri nel periodo di analisi;
- importo richiesto per ciascun sinistro e importo liquidato;
- tempi di liquidazione di ciascun sinistro;
- descrizione delle garanzie colpite.

Al termine dell'anno verrà redatto un report annuale riassuntivo.

17. ISTRUZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE ENPAM

La Compagnia si impegna ad istruire ed addestrare, con costi a proprio carico, il personale dipendente di ENPAM da questa indicato, per la piena e completa gestione amministrativa, contabile e liquidativa delle polizze. Oggetto del presente Capitolato Tecnico, del reporting, dei servizi web, del contact center e della centrale operativa.

Prima dell'avvio del Servizio di cui al presente Capitolato Tecnico, la Compagnia e ENPAM definiranno gli obiettivi da raggiungere con l'istruzione e l'addestramento di cui sopra.

L'istruzione e l'addestramento non potranno essere svolti in un numero di ore (collettive per l'intero gruppo dei dipendenti) inferiore a 80 suddivise in blocchi di 4 ore continuative (20 lezioni).

L'istruzione avverrà nei locali didattici messi a disposizione di ENPAM nella propria sede di Roma e prevedrà anche l'utilizzo di strumenti informatici e del software di gestione, messo a disposizione dalla Compagnia.

ALLEGATO A

TARIFFARIO DENTARIE

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
01	Visita odontoiatrica	34,00		1 ogni 12 mesi (1)
02	Ablazione tartaro	42,50		1 ogni 12 mesi

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	13,60	(2)	2 ogni 12 mesi
04	Estrazione di dente o radice	68,00		2 ogni 12 mesi
05	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	148,75	comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
06	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	297,50	comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
07	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	76,50	(3)	2 ogni 12 mesi
08	Terapia endodontica ad un canale	110,50	(4)	2 ogni 12 mesi
09	Terapia endodontica a due canali	144,50	(4)	2 ogni 12 mesi
10	Terapia endodontica a tre o quattro canali	187,00	(4)	2 ogni 12 mesi
11	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	127,50		1 volta ogni 36 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
12	Ortopantomografia	29,75		1 ogni 12 mesi
13	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	34,00	esclude il codice 08	2 ogni 12 mesi
14	Rizectomia - per elemento	110,50	comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
15	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	255,00	comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
16	Rizotomia e relative endorali	102,00	comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
17	Interventi di piccola chirurgia orale (fenulectomia - incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose - opercolotomia - intervento chirurgico prepotesico) e relative endorali	102,00	comprovata da rx o foto digitale endorale	2 ogni 12 mesi
18	Placca oclusale o bite	340,00	richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 24 mesi
19	Molaggio selettivo per arcata	51,00	indipendentemente dal numero di sedute	1 sola volta
20	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	255,00	da allegare alla fattura	1 sola volta

¹ per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. Non rimborsabile se seguita da piano di cure,

² se non già compresa nella prestazione,

³ compreso eventuale incappucciamento della polpa,

⁴ compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali; comprovate da rx,

ALLEGATO B

PUNTEGGIO RELATIVO ALLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

ATTIVITÀ ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA	PUNTEGGIO
FARSI IL BAGNO	
1° grado l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	0
2° grado l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	5
3° grado l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	10
VESTIRSI E SVESTIRSI	
1° grado l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0
2° grado l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	5
3° grado l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo e sia per la parte inferiore del corpo	10
IGIENE DEL CORPO	
1° grado l'Assicurato 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 in bagno, (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi, (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno.	0
2° grado l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1) (2) e (3)	5
3° grado l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	10
MOBILITA'	
1° grado l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi	0
2° grado l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche con apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. E' in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	5
3° grado l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi	10
CONTINENZA	
1° grado l'Assicurato è completamente continente	0
2° grado l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5
3° grado l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10
BERE E MANGIARE	
1° grado l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0
2° grado l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: sminuzzare/tagliare cibo sbucciare la frutta aprire un contenitore/una scatola versare bevande nel bicchiere	5
3° grado l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

ALLEGATO C

TARIFFARIO FISIOTERAPIA

descrizione	Importo in €
Riabilitazione	
Rieducazione cardiopatici (a seduta)	15,00
Rieducazione neuromotoria (a seduta)	15,00
Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)	
Diatermia onde corte/microonde (marconi o radarterapia)	9,00
Elettroterapia antalgica (diadinamiche o TENS)	8,00
Elettroterapia di muscoli normo o denervati (Elettrostimolazioni, faradica, galvanica, idrogalvanica, interferenziale)	8,00
HILT Terapia	10,00
Irradiazione infrarossa	8,00
Ionoforesi	8,00
Ipertermia segmentaria	10,00
Laserterapia antalgica	15,00
Magnetoterapia	10,00
Onde d'urto - Trattamenti ambulatoriali per tessuti molli, senza anestetici, omnicomprensivi dei compensi professionali, uso della struttura sanitaria ed eventuali materiali e medicinali: a seduta (massimo rimborsabile 10 sedute l'anno)	45,00
Onde d'urto - Trattamenti ambulatoriali per tessuti osteo-articolari, senza anestetici, omnicomprensivi dei compensi professionali, uso della struttura sanitaria ed eventuali materiali e medicinali: a seduta (massimo rimborsabile 10 sedute l'anno)	55,00
Pressoterapia o presso - depressoterapia intermittente	10,00
Tecarterapia	12,00
Terapia a luce ultravioletta o applicazione PUVA	10,00
Ultrasonoterapia	10,00
Kinesiterapia (terapia di movimento)	
Esercizi assistiti in acqua	15,00
Esercizi con attrezzature per isocinetica	15,00
Esercizi posturali	8,00
Rieducazione motoria	8,00
Massoterapia	8,00
Mobilizzazioni articolari	10,00
Mobilizzazioni vertebrali	10,00
Terapia occupazionale	12,00
Trazioni vertebrali meccaniche	10,00