

SANI.IN.VENETO NOMENCLATORE

1. Persone Assicurate

L'adesione al programma è rivolta a tutti i dipendenti in attività delle imprese comprese nel campo di applicazione dei CCNL e/o CCRL siglati da CONFARTIGIANATO Imprese, CNA, CASARTIGIANI, CGIL, CISL, UIL delle aziende associate al fondo e degli altri soggetti previsti dagli accordi interconfederali regionali.

Il numero minimo di adesioni non può essere inferiore a 50.000 dipendenti.

1.1 Estensione Territoriale

La polizza è valida per gli assistiti residenti in Italia.

Le garanzie assicurative hanno validità in tutto il mondo.

1.2 Assistibilità delle diverse tipologie contrattuali

Contratti a termine, Contratti al domicilio e Part-time

Per tale tipologia contrattuale si applica il medesimo regime previsto per i lavoratori con contratto a tempo indeterminato.

2. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

2.1 Adesione al Fondo su base mensile

Qualora il dipendente aderisca al Fondo nei primi 15 giorni del mese l'efficacia della copertura ed il conseguente obbligo contributivo decorreranno dal mese stesso. Diversamente l'efficacia della copertura e del conseguente obbligo contributivo decorreranno dal mese successivo. Tali termini saranno computati anche finì dell'applicazione della clausola di carenza.

2.2 Nuove inclusioni in corso d'anno

Nel caso di nuove inclusioni, la copertura per il dipendente decorre dalla data di iscrizione al Fondo, sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 (trenta) giorni successivi alla data di iscrizione; le prestazioni decorreranno dal primo giorno del quarto mese successivo all'iscrizione, trascorsi pertanto i 3 (tre) mesi di carenza previsti dalla copertura.

Tali inclusioni in copertura nel corso dell'annualità assicurativa saranno regolate calcolando i premi in dodicesimi a decorrere dal mese di iscrizione in funzione dei mesi di inclusione, comprese pertanto le mensilità di contribuzione relative al periodo di carenza.

2.2.1 Massimali ed indennità copertura sanitaria

I massimali ed indennità per i dipendenti inclusi in copertura nel primo semestre di ciascun anno assicurativo saranno garantiti al 100%; in caso invece di inclusioni in copertura nel secondo semestre di ciascun anno assicurativo, gli stessi saranno garantiti al 50%.

2.2.2 Massimali copertura dentaria

Fermo restando quanto previsto all'articolo 3.1 del Fascicolo Informativo, i massimali sono sempre garantiti nella misura del 100% a prescindere dalla data di effettiva inclusione in copertura del dipendente.

2.3 Uscite in corso d'anno (per dimissioni/licenziamento)

Nel caso di uscite in corso d'anno per dimissioni o licenziamento e solo se trascorsi i mesi previsti di carenza, viene garantita una copertura parziale all'assistito nei 3 (tre) mesi successivi all'interruzione del rapporto di lavoro. Se gli stessi ricadono totalmente o in parte nella nuova annualità assicurativa i massimali ed indennità usufruibili saranno quelli riferiti all'anno in cui è avvenuta l'uscita dalla copertura assicurativa.

Il pagamento del premio sarà regolato calcolando i premi in dodicesimi in funzione dei mesi di permanenza nella copertura assicurativa, comprese pertanto le mensilità di contribuzione relative al periodo di carenza, anche se non interamente trascorsi.

2.3.1 Massimali ed indennità copertura sanitaria

I massimali ed indennità per i dipendenti uscite dalla copertura nel primo semestre di ciascun anno assicurativo (in altri termini dipendenti con data cessazione dal Fondo compresa tra il 01/06 ed il 31/12 di ciascun anno assicurativo) saranno garantiti al 50%; in caso invece di uscite dalla copertura nel secondo semestre di ciascun anno assicurativo (in altri termini lavoratori con data cessazione dal Fondo compresa tra il 01/01 ed il 31/05 di ciascun anno assicurativo), gli stessi saranno garantiti al 100%.

2.3.2 Massimali copertura dentaria

I massimali sono sempre garantiti nella misura del 100% anche in caso di uscita del dipendente in corso d'anno a seguito di dimissioni o licenziamento.

Sezione I

3. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura, nei termini ed alle condizioni sotto indicate, le seguenti prestazioni:

• 3.1 Prestazioni sanitarie

La polizza garantisce, fino a concorrenza dei massimali e delle indennità previste per le prestazioni riepilogate nell'Allegato n. 1, l'indennizzo delle prestazioni effettuate dall'Assistito durante l'operatività del presente Contratto, a fronte delle spese ordinarie che riguardano cura e prevenzione o controllo ricorrente.

Si evidenzia che l'elenco delle prestazioni di cui all'Allegato n. 1 **non ha carattere esclusivo.**

L'indennità garantita all'Assistito viene erogata a prescindere dalla modalità di erogazione della prestazione (in S.S.N., in *intramoenia*, in struttura privata convenzionata con il Network Previmedical, in struttura privata NON convenzionata con il Network Previmedical, nonché al **domicilio** dell'assistito). Tutte le prestazioni sanitarie che possono essere fornite ai pazienti sono identificate e classificate in 6 (sei) moduli (chirurgia, visite specialistiche, analisi di laboratorio e diagnostica, lenti, protesi, fisioterapia). Per ogni prestazione è prevista una relativa somma assicurata qui di seguito riportate e una quota di indennizzo come previsto nell'Allegato n. 1, senza limite massimo di prestazioni:

GARANZIE	MASSIMALI
CHIRURGIA	€ 100.000,00
VISITE SPECIALISTICHE	€ 800,00
ANALISI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICA	€ 7.000,00

FISIOTERAPIA	€ 1000,00
PROTESI	€ 1.000,00
LENTI	1 PAIO OGNI 3 ANNI

Le prestazioni sanitarie assicurate sono identificate nell'Allegato n. 1. A ciascuna prestazioni è associata la relativa somma assicurata.

In caso di prestazione non specificatamente indicata nell'Allegato n. 1. l'indennizzo da riconoscere all'Assistito verrà stabilito dalla Società con criterio analogico e con riferimento al più simile degli interventi elencati per tipo di patologia e di tecnica medica.

Nel caso in cui, nel corso della stessa seduta (operatoria/fisioterapica), vengano effettuati due o più prestazioni, la Società corrisponderà all'Assistito l'indennizzo facendo riferimento all'importo più elevato.

• **3.2 Prestazioni dentarie**

La polizza garantisce le seguenti prestazioni dentarie effettuate dall'Assistito durante l'operatività del presente Contratto, in regime di assistenza diretta presso le strutture convenzionate con il Network Previmedical e in regime rimborsuale a Tariffario (così come previsto nella seconda parte del successivo paragrafo 7.2), secondo le modalità previste nell'Allegato n. 2:

- Pacchetto prevenzione;
- Pacchetto emergenza.

• **3.3 LTC - Non autosufficienza**

a) Oggetto della garanzia

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta nel capoverso successivo) derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari o superiore a **40 punti** (prestazione completa) o pari ad almeno **35 punti** (prestazione parziale), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno **90 giorni** ("evento").

- Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.
- La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura. Le prestazioni saranno erogabili a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Compagnia, tramite la Compagnia, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assistito per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo alinea. Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Compagnia per il tramite della Compagnia della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Compagnia provvederà a comunicarne all'Assistito l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (40 punti o 35 punti), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa. Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Compagnia dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

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

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

- Le prestazioni saranno attivabili dall'Assistito dal momento in cui riceverà dalla Compagnia la comunicazione di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia da parte della Compagnia. In particolare, con riferimento alle prestazioni in regime di assistenza diretta l'autorizzazione dovrà essere richiesta con preavviso di almeno 48 ore rispetto alla data di fruizione di ciascuna prestazione/ciclo complessivo di cura; con riferimento all'indennità forfettaria, ove prevista, l'importo dovuto invece sarà direttamente erogato a mezzo bonifico bancario entro il sessantesimo giorno successivo alla comunicazione di attivazione della garanzia da parte della Compagnia.
L'erogazione delle prestazioni avverrà fintanto che l'Assistito permarrà nello stato di non autosufficienza rilevante in base alle regole di calcolo previste dal Nomenclatore e comunque non oltre lo scadere delle polizze stipulate per l'Assistenza Base.
- Qualora, in base alle regole di calcolo previste dal Nomenclatore, sia determinato un **punteggio pari a 40 punti** la copertura può essere realizzata:
 - 1) attraverso prestazioni sociosanitarie e/o socioassistenziali direttamente erogate in regime di assistenza diretta all'interno del Network Previmedical fino a concorrenza di un massimale di **1.500,00 euro** annui ovvero, con applicazione di un sub massimale di **750,00 euro** annui attraverso analoghe prestazioni erogate da strutture o personale prescelto dall'Assistito, in possesso di titoli e specializzazioni idonei e coerenti con il piano di cura da attuare con diritto al rimborso di un importo per ciascuna prestazione in misura pari a quella prevista per le corrispondenti prestazioni previste dal Tariffario Previmedical (ed. 2010);
 - 2) In luogo delle prestazioni sociosanitarie e/o socioassistenziali di cui al precedente punto 1) e, comunque, limitatamente al solo primo anno in cui è riconosciuta l'erogabilità della garanzia, l'Assistito potrà optare per l'erogazione di un importo indennitario forfettario nella misura di **375,00 euro** annui, quale rata unica posticipata erogata alla fine del primo trimestre dell'anno successivo a quello di competenza.
- Qualora le prestazioni erogate in regime di assistenza diretta/rimborsate non saturino completamente l'importo annuo garantito all'Assistito (1.500,00 euro annui) l'eventuale quota parte del massimale non fruita in prestazioni sarà erogata in forma di indennità posticipata entro i 60 giorni successivi al termine dell'annualità nella quale è maturato il diritto all'erogazione, a condizione che almeno siano state fruito in regime diretto/rimborso a tariffario prestazioni sociosanitarie e socioassistenziali per un importo almeno pari a **500,00 euro**.
- Qualora, in base alle regole di calcolo previste dal Nomenclatore, sia determinato un **punteggio pari a 35 punti**, sarà comunque riconosciuta all'Assistito un'erogazione una tantum, fermo restando quanto sopra definito circa i criteri di calcolo e valutazione. Detta erogazione una tantum sarà riconosciuta nelle seguenti forme, a scelta alternativa dell'Assistito:



- 1) **500,00 euro** attraverso prestazioni sociosanitarie e/o socioassistenziali direttamente erogate in regime di assistenza diretta all'interno del Network Previmedical ovvero, con applicazione di un sub massimale di **350,00 euro** annui attraverso il rimborso di analoghe prestazioni erogate da strutture o personale prescelto dall'Assistito, in possesso di titoli e specializzazioni idonei e coerenti con il piano di cura da attuare con diritto al rimborso di un importo per ciascuna prestazione in misura pari a quella prevista per le corrispondenti prestazioni riconosciute dal Tariffario Previmedical (ed. 2010) (Allegato n. 3);
- 2) **175,00 euro** attraverso un'indennità forfettaria, ovvero senza necessità di utilizzare il Network né di documentare le spese sostenute, quale rata unica posticipata erogata alla fine del primo trimestre dell'anno successivo a quello di competenza, non ripetibile.

In caso di riconoscimento di un livello di non autosufficienza valutato pari a 35 punti, qualora abbia luogo entro i 30 giorni successivi alla data del riconoscimento della situazione di non autosufficienza con punteggio 35 un eventuale aggravamento, che comporti la rivalutazione del medesimo tramite l'assegnazione di un punteggio pari ad almeno 40 punti, l'Assistito avrà diritto alla quota di prestazione ulteriore prevista per il livello superiore nella misura di **1.000,00 euro** se aveva optato per le prestazioni sociosanitarie e/o socioassistenziali nella misura di **400,00 euro** e **200,00 euro** se aveva optato per l'indennità forfettaria nella misura di **175,00 euro**. Decorsi i 30 giorni successivi alla data di riconoscimento della situazione di non autosufficienza non sarà possibile nel medesimo anno effettuare per lo stesso evento ulteriori rivalutazioni, salvo l'insorgere di una situazione aggravata riferibile alla medesima causa che perduri per almeno ulteriori 90 giorni nel medesimo anno con assegnazione di un punteggio almeno pari a 40 punti.

b) Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

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

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

Capacità di farsi il bagno:

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

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

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

Capacità di vestirsi e svestirsi:

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

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

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

Capacità di curare l'igiene del corpo:

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

(1) andare al bagno

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

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

punteggio 0

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

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

Capacità di assicurare la propria mobilità:

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

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

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

Capacità di continenza:

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

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

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

Capacità di bere e mangiare:

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

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

- sminuzzare/tagliare il cibo

- sbucciare la frutta

- aprire un contenitore/una scatola

- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

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

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

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

• **3.4 Prevenzione della sindrome metabolica**

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

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

- a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;

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

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

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Si precisa che per poter effettuare le analisi sopra indicate è necessario che l'Assistito sia in possesso della prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia.

Per effettuare gli esami sopra indicati dovrà essere trascorso almeno un periodo di 6 mesi dalla data di esecuzione degli esami utilizzati per la compilazione del Questionario.

All'atto della richiesta della presa in carico diretta, l'Assistito dovrà fornire copia dell'esito del questionario e degli esami utilizzati per la compilazione dello stesso.

Qualora la Centrale Operativa accerti dal referto degli esami utilizzati per la compilazione del Questionario che i dati imputati non corrispondano al vero, l'Assistito non sarà autorizzato a fruire delle prestazioni.

Poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Centrale Operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sopra indicate con cadenza semestrale, attivando la medesima procedura sopra descritta.

Al fine di incentivare l'Assistito ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assistito attraverso le **strutture sanitarie convenzionate**. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle garantite dal Piano Sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative previste. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle garantite, l'Assistito potrà avvalersi del servizio "Card" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con il Network Previmedical a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

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

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

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

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

4. Periodi di Carenza

La polizza prevede per ogni assistito un periodo di carenza a partire data di decorrenza dell'assicurazione come indicato agli artt. 3, 4, 5.

5. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- 2) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 3) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- 4) interruzione volontaria della gravidanza;
- 5) gli interventi di chirurgia estetica;
- 6) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
- 7) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- 8) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 9) trattamenti di medicina alternativa o complementare;
- 10) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;

6. Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 67 anni. Per gli Assistiti che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile. Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

7. Oneri in caso di Sinistro

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

L'Assistito, dovrà consentire la visita di medici della Società ed qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

7.1 Prestazioni sanitarie

Pagamento indiretto dell'indennizzo all'Assistito

Le richieste di indennità possono essere presentate dagli assistiti decorsi **45 giorni** dall'esecuzione della prestazione. A tal fine l'assistito dovrà consegnare agli sportelli territoriali/inviare al Fondo Sanitario presso la Società di Servizi Previmedical S.p.A. la richiesta di indennizzo unitamente alla seguente documentazione:

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) relazione medica in caso di Intervento Ambulatoriale;
- 3) referto della prestazione effettuata;

Non è richiesta la presentazione delle fatture e notule di spesa.

NORMA TRANSITORIA

Con esclusivo riferimento alle prestazioni sanitarie sostenute dagli Assistiti nella fase di start up del Fondo (da agosto 2013 a dicembre 2013), al fine di consentire al Fondo la preventiva acquisizione delle anagrafiche degli Assistiti e del primo versamento del premio da parte delle aziende associate, le richieste di indennità sanitarie potranno essere presentate dagli Assistiti decorsi **60 giorni** dall'esecuzione della prestazione.

Il pagamento indiretto dell'indennizzo all'Assistito è, in ogni caso, subordinato al riscontro positivo della **regolarità contributiva** della sua posizione risultante dalla presenza del suo nominativo all'interno dei *Flussi assistibili* acquisiti mensilmente dal Fondo e dalla Società. Qualora a seguito del pagamento indiretto di un indennizzo la posizione dell'Assistito risultante dal successivo *Flusso assistibili* risulti non in regola con gli adempimenti contributivi, la Società non autorizzerà l'erogazione di ulteriori pagamenti indiretti degli indennizzi fino all'avvenuta regolarizzazione della posizione contributiva dell'Assistito.

Il pagamento dell'indennizzo sarà effettuato mediante bonifico bancario sulle coordinate IBAN comunicate dall'assistito in fase di richiesta dell'indennizzo. In alternativa l'Assistito, previo rilascio di idonea manleva al Fondo ed alla Società, potrà richiedere l'invio a casa mediante posta ordinaria di assegno circolare non trasferibile di quietanza e traenza.

Pagamento diretto dell'indennizzo all'Assistito

Le indennità possono essere corrisposte dalla Società tramite il pagamento diretto entro i limiti di indennizzo previsti dalla copertura, senza applicazione di scoperti e franchigie, a condizione che l'Assistito si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi. Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

La Società effettua il pagamento diretto dei sinistri indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical S.p.A. con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

La Società mette a disposizione il proprio Customer Care Center per la richiesta di informazioni relative sia agli Istituti e Medici convenzionati che agli ambiti e la portata delle garanzie prestate con le varie convenzioni e per il supporto medico.

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

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

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

NORMA TRANSITORIA

Al fine di consentire al Fondo durante la fase di start up (da agosto 2013 a dicembre 2013) la preventiva acquisizione delle anagrafiche degli Assistiti, l'attivazione del regime di pagamento diretto degli indennizzi sanitari sarà reso disponibile in favore degli assistiti a far data **dal 1 ottobre 2013**.

L'erogazione in regime diretto dell'indennizzo all'Assistito è, in ogni caso, subordinato al riscontro positivo dell'**assistibilità** della sua posizione risultante dalla presenza del suo nominativo all'interno dei *Flussi assistibili* acquisiti mensilmente dal Fondo e dalla Società. Qualora a seguito dell'erogazione di un indennizzo in regime di assistenza diretta la posizione dell'Assistito risultante dal successivo *Flusso assistibili* risulti non in regola con gli adempimenti contributivi, la Società non autorizzerà l'erogazione di ulteriori indennizzi in regime di assistenza diretta fino all'avvenuta regolarizzazione della posizione contributiva dell'Assistito.

7.2 Prestazioni dentarie

Pagamento diretto

Le spese per le prestazioni odontoiatriche erogate all'Assistito in strutture sanitarie convenzionate da personale convenzionato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. A parziale deroga di quanto disposto nel precedente alinea, si evidenzia tuttavia che per la sola prestazione di ablazione del tartaro è in ogni caso prevista l'applicazione di una franchigia nella misura indicata nell'Allegato n. 2.

Il pagamento diretto avviene a condizione che l'Assistito si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi. Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

La Società effettua il pagamento diretto dei sinistri indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical S.p.A. con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

La Società mette a disposizione il proprio Customer Care Center per la richiesta di informazioni relative sia agli Istituti e Medici convenzionati che agli ambiti e la portata delle garanzie prestate con le varie convenzioni e per il supporto medico.

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

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

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

NORMA TRANSITORIA

Al fine di consentire al Fondo durante la fase di start up (da agosto 2013 a dicembre 2013) la preventiva acquisizione delle anagrafiche degli Assistiti, l'attivazione del regime di pagamento diretto delle prestazioni odontoiatriche sarà reso disponibile in favore degli assistiti a far data **dal 1 ottobre 2013**.

L'erogazione in regime diretto delle prestazioni odontoiatriche all'Assistito è, in ogni caso, subordinato al riscontro positivo dell' **assistibilità** della sua posizione risultante dalla presenza del suo nominativo all'interno dei *Flussi assistibili* acquisiti mensilmente dal Fondo e dalla Società. Qualora a seguito dell'erogazione di un indennizzo in regime di assistenza diretta la posizione dell'Assistito risultante dal successivo *Flusso assistibili* risulti non in regola con gli adempimenti contributivi, la Società non autorizzerà l'erogazione di ulteriori prestazioni in regime di assistenza diretta fino all'avvenuta regolarizzazione della posizione contributiva dell'Assistito.

Pagamento indiretto struttura privata – Rimborso all'Assistito

Le richieste di rimborso possono essere presentate dagli assistiti decorsi **45 giorni** dall'esecuzione della prestazione. Le spese relative ai costi delle prestazioni vengono indennizzate all'Assistito entro un limite massimo pari alla tariffa applicata per le medesime prestazioni dagli odontoiatri appartenenti al Network e previsti dal **Tariffario Previmedical ed. 2010** - Allegato n. 4 al presente documento. In tal caso agli Sportelli territoriali o alla Società dovrà pervenire la documentazione medica (modulo rimborso prestazioni odontoiatriche e relativi allegati) e di spesa (fattura) comprovante le prestazioni.

La Società si riserva il diritto di richiedere le ortopanoramiche di inizio e fine cura e/o una visita medica di controllo.

NORMA TRANSITORIA

Con esclusivo riferimento alle prestazioni odontoiatriche sostenute dagli Assistiti nella fase di start up del Fondo (da agosto 2013 a dicembre 2013), al fine di consentire al Fondo la preventiva acquisizione delle anagrafiche degli Assistiti e del primo versamento del premio da parte delle aziende associate, le richieste di indennità potranno essere presentate dagli Assistiti decorsi **60 giorni** dall'esecuzione della prestazione.

Il rimborso indiretto all'Assistito delle spese sostenute per prestazioni dentarie è, in ogni caso, subordinato al riscontro positivo della **regolarità contributiva** della sua posizione risultante dalla presenza del suo nominativo all'interno dei *Flussi assistibili* acquisiti mensilmente dal Fondo e dalla Società. Qualora a seguito dell'erogazione di un rimborso indiretto la posizione dell'Assistito risultante dal successivo *Flusso assistibili* risulti non in regola con gli adempimenti contributivi, la Società non

autorizzerà l'erogazione di ulteriori prestazioni rimborso indiretto fino all'avvenuta regolarizzazione della posizione contributiva dell'Assistito.

Il pagamento del rimborso sarà effettuato mediante bonifico bancario sulle coordinate IBAN comunicate dall'assistito in fase di richiesta dell'indennizzo. In alternativa l'Assistito, previo rilascio di idonea manleva al Fondo ed alla Società, potrà richiedere l'invio a casa mediante posta ordinaria di assegno circolare non trasferibile di quietanza e traenza.

7.3 Elenco strutture convenzionate e guida operativa

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

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta è indicata nella "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME INDENNITARIO, REGIME RIMBORSUALE E REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA".

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di Pagamento Diretto qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'istituto di cura se già saldate dalla Compagnia alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Sezione II

PROTOCOLLO ASSISTENZA

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

1. SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

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

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

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

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

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

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

c) Consulenza telefonica medico specialistica

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

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

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

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

3. GESTIONE APPUNTAMENTO

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

4. CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante e nessuno possa andare per lui, la Società, dopo aver ritirato presso l'Assistito la documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assistito ed al medico da lui indicato.

Il costo degli accertamenti sostenuti resta a carico dell'Assistito.

5. INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

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

A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

6. SECOND OPINION

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

7. SERVIZIO DI TUTORING

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

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

8. TRASPORTO SANITARIO, TRASFERIMENTO SANITARIO E RIENTRO SANITARIO

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa.

In tal caso La Compagnia garantisce il trasporto sino a un massimo di 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

Allegato N. 1

MASSIMALE ANNUO CHIRURGIA		100.000,00
CHIRURGIA		Tariffa
Interventi chirurgici cardiocirurgia e chirurgia vascolare		285,90
Interventi chirurgici cardiologia interventistica		178,26
Interventi chirurgici chirurgia della mammella		250,02
Interventi chirurgici chirurgia della mano		215,30
Interventi chirurgici chirurgia generale - collo		178,26
Interventi chirurgici chirurgia generale - esofago		272,01
Interventi chirurgici chirurgia generale - fegato e vie biliari		357,67
Interventi chirurgici chirurgia generale - intestino digiuno - ileo - colon - retto - ano		238,45
Interventi chirurgici chirurgia generale - pancreas - milza		309,05
Interventi chirurgici chirurgia generale - parete addominale		194,46
Interventi chirurgici chirurgia generale - peritoneo		175,94
Interventi chirurgici chirurgia generale - piccoli interventi - varie		34,73
Interventi chirurgici chirurgia generale - stomaco - duodeno		325,26
Interventi chirurgici chirurgia oro-maxillo-facciale		203,72
Interventi chirurgici chirurgia plastica ricostruttiva		166,68
Interventi chirurgici chirurgia toraco-polmonare		222,24
Interventi chirurgici chirurgia vascolare		277,80
Interventi chirurgici dermatologia - crioterapia - laserterapia		20,84
Interventi chirurgici gastroenterologia ed endoscopia digestiva		77,55
Interventi chirurgici ginecologia		196,78
Interventi chirurgici neurochirurgia		417,86
Interventi chirurgici oculistica - bulbo oculare		231,50
Interventi chirurgici oculistica - congiuntiva		39,36
Interventi chirurgici oculistica - cristallino		216,45
Interventi chirurgici oculistica - cornea		164,37
Interventi chirurgici oculistica - iride		136,59
Interventi chirurgici oculistica - muscoli		159,74
Interventi chirurgici oculistica - operazione per glaucoma		174,78
Interventi chirurgici oculistica - orbita		136,59
Interventi chirurgici oculistica - palpebre		54,40
Interventi chirurgici oculistica - retina		210,67
Interventi chirurgici oculistica - sclera		84,50
Interventi chirurgici oculistica - sopracciglio		48,62
Interventi chirurgici oculistica - trattamenti laser		57,88
Interventi chirurgici oculistica - vie lacrimali		49,77
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - apparecchi gessati		26,62
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - bendaggi		6,95
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi cruenti		100,32
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi incruenti		40,51
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - lussazioni e fratture		47,46
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia tendini - muscoli - aponevrosi - nervi periferici		156,26
Interventi chirurgici ostetricia		127,33
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - faringe - cavo orale - orfaringe - ghiandole salivari		171,31
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - laringe e ipofaringe		202,56
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - naso e seni paranasali		169,00
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - orecchio		313,68
Interventi chirurgici urologia - apparato genitale maschile		189,83
Interventi chirurgici urologia - endoscopia diagnostica		42,83
Interventi chirurgici urologia - endoscopia operativa		157,42
Interventi chirurgici urologia - piccoli interventi e diagnostica urologica		16,21
Interventi chirurgici urologia - prostata		287,06
Interventi chirurgici urologia - rene		275,49
Interventi chirurgici urologia - uretere		337,99
Interventi chirurgici urologia - uretra		173,63
Interventi chirurgici urologia - vescica		291,69

MASSIMALE ANNUO VISITE SPECIALISTICHE		800,00
VISITE SPECIALISTICHE		Tariffa
Visite (Tutte)		36,15

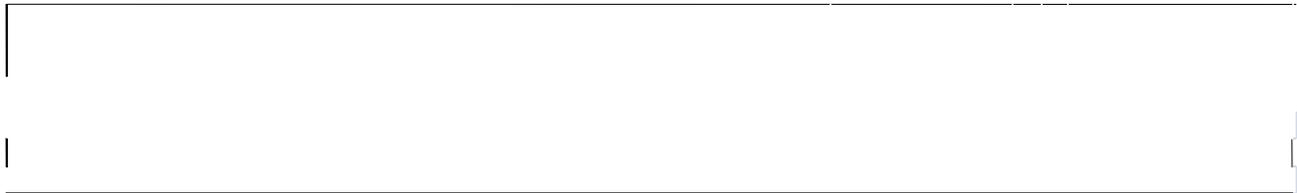
MASSIMALE ANNUO ANALISI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICA		7.000,00
ANALISI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICA		Tariffa
DIAGNOSTICA DI LABORATORIO		
Esami cito/istologici/immunoistochimici		13,50
Esami di laboratorio		16,50
Prelievi		1,50
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		
Angiografia		105,00
Densitometria mineralometria ossea (MOC)		10,50
Ecografia - Doppler - ecodoppler - colordoppler		34,50
Endoscopia		28,50
Esami radiologici		13,50
Medicina nucleare (scintigrafia) Altri organi		79,50
Medicina Nucleare apparato circolatorio		33,00
Medicina Nucleare apparato digerente		70,50
Medicina Nucleare apparato ematopoietico		19,50
Medicina Nucleare apparato osteoarticolare		25,50
Medicina Nucleare apparato respiratorio		33,00
Medicina Nucleare apparato urinario		21,00
Medicina Nucleare Fegato - vie biliari - milza		25,50
Medicina Nucleare sistema nervoso		45,00
Medicina Nucleare tiroide e paratiroide		27,00
Risonanza Magnetica		45,00
Tomografia computerizzata (TAC)		52,50
DIAGNOSTICA STRUMENTALE SPECIALISTICA		
Diagnostica strumentale allergologia - test in vivo		4,50
Diagnostica strumentale cardiologia		10,50
Diagnostica strumentale neurologia		25,50
Diagnostica strumentale oculistica (effettuata da medico specialista oculista)		19,50
Diagnostica strumentale otorinolaringoiatria		7,50
Diagnostica strumentale pneumologia		4,50

MASSIMALE ANNUO LENTI		1 paio ogni 3 anni
LENTI		Tariffa netto scoperto
Lenti (coppia)		15,75
Lenti (confezione)		3,50

MASSIMALE ANNUO PROTESI		1.000,00
PROTESI		Tariffa netto scoperto
Protesi acustica		92,75
Corsetto ortopedico		12,25
Protesi articolare		232,75
Protesi arto		138,25
Tutore di funzione arto		12,25
Tutore di riposo o posizione		3,50

MASSIMALE ANNUO FISIOTERAPIA		1.000,00
FISIOTERAPIA		Tariffa netto scoperto (a seduta)
Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)		1,75
Kinesiterapia (terapia di movimento)		1,05
Onde d'urto - Trattamenti ambulatoriali per tessuti molli e per tessuti osseo - articolari		5,25
Riabilitazione		2,80

Allegato n .2



ODONTOIATRIA	Condizioni di liquidazione(solo in network)
a) Pacchetto prevenzione	
Visita (prima visita, visita di controllo, visita specialistica)	max 1 volta l'anno
Ablazione del tartaro: rimozione del tartaro sopragengivale. Seduta in cui vengono eseguite contemporaneamente nella medesima area (sestante, quadrante, arcata od intera bocca) ablazione tartaro sopragengivale, scaling e levigatura radici	max 1 volta l'anno con applicazione di una franchigia pari ad € 45,00
b) Pacchetto emergenza	
Visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica	max 1 volta l'anno
Trattamento di pronto soccorso endodontico manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione risoluzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica	max 1 volta l'anno
Otturazione /ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato (massimo una volta l'anno). Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.	max 1 volta l'anno

ALLEGATO n. 3

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

TARIFFARIO (PREVIMEDICAL ed.2010) APPLICATO ALLE PRESTAZIONI PER LTC

Descrizione prestazione	Importo convenzionato in €
ASSISTENZA DOMICILIARE (ASA, OSS)	
Tariffa oraria diurna	8,75
Tariffa oraria notturna/festiva	10,75
ASSISTENZA OSPEDALIERA (RSA)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	8,75
Tariffa oraria notturna/festiva (ASA, SS)	10,75
Tariffa notturna infermieristica (a notte per controllo e sorveglianza del riposo notturno nel caso di gravi patologie)	120,00
ASSISTENZA OSPEDALIERA (Casa di Cura)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	8,75
Tariffa oraria notturna/festiva (ASA, OSS)	10,75
Tariffa notturna infermieristica (a notte per controllo e sorveglianza del riposo notturno nel caso di gravi patologie)	120,00
ASSISTENZA OSPEDALIERA (CDI - Centri Diurni Integrati)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	8,75
Tariffa oraria festiva (ASA, OSS)	10,75
ASSISTENZA OSPEDALIERA (CDD - Centri Diurni per persone con Disabilità)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	8,75
Tariffa oraria festiva (ASA, OSS)	10,75

ASSISTENZA OSPEDALIERA (Aziende ospedaliere)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	8,75
Tariffa oraria notturna/festiva (ASA, OSS)	10,75
Tariffa notturna infermieristica (a notte per controllo e sorveglianza del riposo notturno nel caso di gravi patologie)	120,00
ASSISTENZA INFERMIERISTICA E PARASANITARIA A DOMICILIO (1)	
Prestazioni comuni a tutte le attività assistenziali	
Tariffa diurna 30 minuti	
Tariffa notturna/festiva 30 minuti	
Tariffa oraria diurna	
Tariffa oraria notturna/festiva	
Valutazione dei livelli di dipendenza del paziente a seconda di ogni necessità e bilancio delle risorse disponibili	30,60
Elaborazione e gestione del Piano di assistenza infermieristico	15,30
Misurazione di uno o più dei seguenti parametri vitali e valori (temperatura, polso arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori, diuresi, peso corporeo, misure antropometriche) (fino a due misurazioni contemporanee)	7,65
Misurazione di uno o più dei seguenti parametri vitali e valori (temperatura, polso arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori, diuresi, peso corporeo, misure antropometriche) (per misurazioni superiori alle due contemporanee)	15,30
Misurazione e registrazione dei riflessi pupillari o di altri riflessi	11,90
Valutazione e registrazione dello stato di coscienza	7,65
Misurazione della pressione venosa centrale, sorveglianza di cateteri venosi centrali e di altri accessi vascolari impiantati da un medico	38,25
Registrazione di ECG	11,90
Collaborazione alla effettuazione di un ECG sotto sforzo o con stimolazione farmacologica	19,55
Registrazione di altro esame	19,55
Preparazione preoperatoria di un paziente	15,30
Preparazione di materiale e strumentario	22,95
Preparazione del paziente per una pratica assistenziale e/o un esame e successiva sorveglianza	22,95
Somministrazione dei medicinali prescritti per via enterale	7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti per via I.M.S.C.	7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti per via topica	7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti o di sostanze non medicinali per via inalatoria	7,65

Somministrazione dei medicinali prescritti per altra via	7,65
Perfusione - incannulare una vena superficiale della membra o epicranica con ago o catetere venoso periferico	19,55
Perfusione - gestione di una perfusione a termine o a permanenza	7,65
Perfusione - gestione di una perfusione a termine o a permanenza (se in unica soluzione)	38,25
Perfusione in bolo	15,30
Bendaggio semplice	11,90
Bendaggio complesso	22,95
Collaborazione alla applicazione di un gesso o di un'altra immobilizzazione	11,90
Rimozione di un gesso o di altra immobilizzazione	11,90
Applicazione semplice di caldo o freddo	7,65
Posizionamento e sorveglianza del neonato in fototerapia	22,95
Medicazione semplice	15,30
Medicazione complessa	38,25
Prelievo capillare e venoso del sangue o raccolta di liquidi biologici mediante esami estemporanei (es.: stick glicemici)	15,30
Esecuzione di vaccinazioni prescritte	11,90
Raccolta sterile e non sterile di escreti o secreti (ad eccezione di quelli descritti specificatamente di seguito)	11,90
Instillazioni e irrigazioni di cavità, fistole e stomie	11,90
Esecuzione di prove allergiche	11,90
Collaborazione all'attività clinica	22,95
Collaborazione al medico in qualità di strumentista o per altre attività tecnico - strumentali (se trattasi di piccoli interventi)	38,25
Collaborazione al medico in qualità di strumentista o per altre attività tecnico - strumentali (se trattasi di prestazione complessa)	188,70
Collaborazione al medico in attività specialistica (se trattasi di piccoli interventi)	38,25
Collaborazione al medico in attività specialistica (se trattasi di prestazione complessa)	151,30
Rivalutazione domiciliare di un paziente	11,90
Toilette e vestizione della salma	85,00
Prestazioni relative alla funzione respiratoria	
Stimolazione della respirazione generica, cioè non nell'ambito di un programma di riabilitazione respiratoria	7,65
Controllo dell'espettorato	7,65
Mantenimento della pervietà delle vie aeree superiori, aspirazione delle secrezioni di un paziente anche se intubato o tracheotomizzato	38,25

Cura del tracheostoma e controllo della cannula di un tracheotomizzato	17,00
Ventilazione manuale strumentale o mediante maschera e controllo dell'adattamento di un paziente ad un ventilatore	38,25
Predisposizione di un ventilatore e del materiale per l'intubazione oro/naso tracheale	15,30
Pulizia e ripristino di un ventilatore e del relativo materiale d'uso	15,30
Cura di un drenaggio toracico	22,95
Cura del naso e della bocca	19,55
Prestazioni relative alla funzione dell'alimentazione	
Addestramento all'uso di presidi che possono facilitare l'alimentazione	15,30
Controllo e registrazione della dieta del paziente, del suo bilancio alimentare, del suo peso e del suo stato di idratazione	15,30
Educazione alla cura del seno prima e dopo l'allattamento	15,30
Preparazione e somministrazione di alimenti speciali da far assumere a mezzo sonda gastrica o pompa enterale (anche nel bambino)	38,25
Posizionamento sondino gastrico o duodenale a scopo nutrizionale, diagnostico o evacuativo	45,90
Valutazione e registrazione del liquido aspirato da una sonda gastrica	11,90
Sorveglianza e collaborazione all'igiene dentale	7,65
Preparazione e somministrazione di alimenti con biberon	11,90
Assistenza alla persona con vomito	11,90
Aiuto e sorveglianza nell'assunzione di cibo o bevande in persone con disfagia	11,90
Prestazioni relative alla funzione di eliminazione	
Eliminazione urinaria	
Controllo ed assistenza delle stomie delle vie urinarie	22,95
Applicare un catetere vescicale a permanenza	38,25
Assistenza ordinaria ad un paziente portatore di catetere vescicale	15,30
Instillazioni o irrigazioni vescicali o intrauretrali	22,95
Assistenza a un paziente sottoposto a dialisi peritoneale (a prestazione)	127,50
Gestione/assistenza ad attività emodialitiche (a prestazione)	127,50

Gestione dei presidi utilizzati per facilitare la funzione di eliminazione (es. controllo, sostituzione e rimozione delle sacche di raccolta della diuresi)	15,30
Igiene della zona genitale nella donna e nell'uomo	19,55
Controllo e cure ordinarie della pelle e/o delle mucose attorno a drenaggi, cateteri e sonde	15,30
Rieducazione vescicale	30,60
Raccolta di un campione di urine	7,65
Raccolta sterile di un campione di urine nell'uomo e nella donna mediante cateterismo estemporaneo	38,25
Eliminazione intestinale	
Insegnamento al paziente e/o alla famiglia di:	
- Norme di idratazione/alimentazione funzionali ad una buona eliminazione	
- Valutazione della qualità e dell'aspetto delle feci	
- Protezione efficace della cute perineale in caso di diarrea o Incontinenza	
- Norme di igiene specifiche della regione perineale nella femmina e nel maschio (adulti e bambini)	38,25
Educazione del paziente e/o della sua famiglia in caso di stomia intestinale	38,25
Insegnamento al paziente e/o alla sua famiglia all'utilizzo di mezzi e delle misure che permettono di evitare la propagazione di un contagio in caso di malattia trasmissibile per via oro-fecale	38,25
Controllo ed assistenza corrente a stomie delle vie intestinali	22,95
Clistere	30,60
Rettoclisi	45,90
Traspirazione	
Cure igieniche appropriate ad un'eccessiva traspirazione	15,30
Prestazioni relative alla necessità di muoversi e mantenere una posizione corretta	
Trasporto assistito di un paziente all'interno di una struttura sanitaria	19,55
	38,25
Prevenzione non medicinale delle trombosi	
Pianificazione ed esecuzione di esercizi fisici semplici	11,90
Prestazioni relative alla necessità di dormire e riposarsi	
Valutazione della durata e della qualità del riposo e del sonno diurno e notturno	15,30
Organizzazione di un programma di attività che tenga conto dei ritmi sonno/veglia del paziente e delle condizioni	15,30

dell'ambiente	
Prestazioni relative alla attività di vestirsi e spogliarsi	
Educazione del familiare e/o del paziente a vestirsi e svestirsi, anche con l'uso di ausili in rapporto a particolari condizioni (patologie, invalidanti, protesi)	45,05
Relazione di aiuto terapeutico in rapporto "all'immagine di se" del paziente anche rispetto all'uso di protesi	45,05
Prestazioni relative alla necessità di mantenere la temperatura del corpo nei limiti normali	
Controllo sorveglianza evoluzione dei segni collegati all'aumento o alla diminuzione della temperatura	15,30
Controllo dei neonati posti in incubatrice o termoculla	15,30
Sorveglianza di una ipotermia indotta a scopo terapeutico	11,90
Controllo ed intervento sull'ambiente, su altri presidi e sul paziente per regolarne la temperatura	19,55
Altre tecniche fisiche di correzione dell'ipotermia o dell'ipertermia	19,55
Prestazioni relative alla necessità di essere puliti, curati e di proteggere i tessuti	
Bagni terapeutici e medicati	29,75
Frizioni, impacchi, massaggi	19,55
Bagno a letto completo	29,75
Bagno in vasca/doccia in tutte le sue fasi	29,75
Toilette di una parte del corpo	15,30
Cure igieniche di apparecchi correttivi e protesi	11,90
Individuazione delle parassitosi esterne e assistenza alle persone colpite	22,95
Controllo delle lesioni cutanee dovute a fattori chimici e fisici: irradiazione, vernici, ecc.	11,90
Prevenzione delle lesioni da pressione	22,95
Trattamento e sorveglianza di ulcere cutanee croniche	38,25
Prestazioni relative alla necessità di evitare i pericoli	
Mappatura dei pericoli presenti in un ambiente e relative proposte di modifiche	22,95
Predisposizione di presidi atti a ridurre i pericoli	15,30
Controllo della sensibilità del malato al caldo, al freddo e al dolore	15,30
Attuazione e controllo dei metodi di immobilizzazione in sicurezza di persone che presentano alterazioni cognitivo - comportamentali	15,30
Fisioterapia (a prestazione)	40,00

(1) Nel caso di 2 o più prestazioni, non verrà conteggiato il compenso per singola prestazione, ma la tariffa oraria	

ALLEGATO n. 4

Le prestazioni elencate nel presente tariffario sono erogabili SOLO qualora previste nell'Allegato n. 2.

TARIFFARIO (PREVIMEDICAL ed.2010) APPLICATO ALLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
Descrizione prestazione	Importo convenzionato (in €)
IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA	
Ablazione tartaro	15,00
Visita orale	7,50
Visita orale di controllo periodica	5,00
Levigatura delle radici e/o courettage gengivale (per 6 denti)	50,00

PACCHETTO EMERGENZA	
Sigillatura (per ogni dente)	20,00
Otturazione (qualsiasi tipo)	45,00
Incappucciamento della polpa	25,00
Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	50,00
Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) (1)	58,00

NOTA

Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti conservativi e/o endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento dentale nuovi contributi per trattamenti conservativi e/o endodontici se non trascorsi almeno diciotto mesi dalla precedente contribuzione misurati dalla data della prima fatturazione.