

## **Piani sanitari 2016 – 2017**

**Standard**

**Plus**

**Extra3**

**SONO EVIDENZIATE IN GIALLO LE NOVITA' O VARIAZIONI INTERVENUTE RISPETTO AL DOCUMENTO DI SINTESI PIANI SANITARI 2014-2015**

## Guida al Prospetto: Piani Sanitari 2016-2017

Il prospetto rappresenta una sintesi delle prestazioni garantite dalle polizze e delle condizioni di accesso alle prestazioni, **ma non sostituisce la fonte normativa contrattuale propria che è costituita dalle condizioni di Polizza.** Per maggiori dettagli e chiarimenti, gli Assistiti potranno approfondire le aree di interesse accedendo al Sito <https://unica.unicredit.it/it.html> > PRESTAZIONI.

Le prestazioni descritte nel presente prospetto possono essere usufruite dagli assistiti:

- Presso strutture/specialisti facenti parte della Rete Convenzionata messa a disposizione di Uni.C.A. da parte del fornitore di servizio:  
Previmedical: sono definite prestazioni in forma “**diretta**” o “**in Rete**”
- Presso altre strutture/specialisti non facenti parte della Rete Convenzionata (ovvero presso strutture e specialisti convenzionati, ma senza che gli assistiti abbiano seguito le richieste modalità per l'accesso alle prestazioni in Rete): sono definite prestazioni a rimborso o in forma “**indiretta**” o “**fuori Rete**”
- Presso il S.S.N.

Le condizioni a beneficio degli assistiti differiscono a seconda che siano state usufruite in Rete, fuori Rete, o presso il S.S.N.

**Prima di accedere alle prestazioni sanitarie (sia in forma “diretta” che in forma “indiretta”) si raccomanda di consultare sempre:**

- **le condizioni dettagliate di polizza, con particolare attenzione alle eventuali “esclusioni” di copertura (prestazioni escluse)**
- **la “Guida all’Assistito” che consente di conoscere a priori le corrette modalità e condizioni di accesso alle prestazioni;**
- **il documento “Polizze assicurative: Interpretazioni” che riporta interpretazioni condivise con l’assicuratore, in merito ad alcune prestazioni.**

### **NOVITA’**

**Nell’ottica di favorire, nel tempo, la sostenibilità delle coperture, per tutte le prestazioni è prevista, dal 1.7.2016, una penalizzazione in caso di utilizzo in forma indiretta di strutture/professionisti convenzionati accessibili in forma diretta:  
verranno applicati scoperti /franchigie pari al 150% di quanto previsto per la prestazione in forma indiretta**

Le prestazioni ricomprese nei Piani sanitari principali sono raggruppate in 4 categorie:

- **Area ricovero** (prestazioni attinenti a ricoveri - con o senza intervento - in casa di cura, day hospital o ambulatorio)
- **Area specialistica** (visite, accertamenti diagnostici e altre prestazioni specialistiche)
- **Area Prestazioni accessorie** (prestazioni di diversa natura riconducibili all’ambito sanitario)
- **Area Prestazioni di prevenzione sanitaria.**

**NOVITA'**

**Cliniche Top accessibili in forma diretta per tutte le opzioni di copertura (tutte le polizze);  
qualora vi siano le condizioni per l'accesso in forma diretta, è prevista una penalizzazione in caso di accesso in forma indiretta  
con applicazione di scoperti/franchigie pari al 200% rispetto alla norma della prestazione indiretta.**

**ROMA**

- Casa di Cura Paideia S.p.A.
- Casa di Cura Mater Dei S.p.A.
- Casa di Cura Quisisana
- Casa di Cura Villa Stuart
- Casa di Cura Villa Flaminia
- Casa di Cura Villa Margherita

**MILANO**

- Casa di Cura La Madonnina S.p.A..
- Istituto Nazionale Tumori
- Ospedale San Raffaele S.r.l.
- Humanitas Mirasole S.p.A.. (Istituto Clinico Humanitas)
- Casa di Cura Capitanio

**TORINO**

- Clinica Fornaca di Sessant
- Casa di Cura Sedes Sapientiae
- Casa di Cura Cellini S.p.A.

**BERGAMO**

- Humanitas Gavazzeni

**VARESE**

- Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata S.p.A.

**AREA RICOVERO**

<b>RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali ed endoprotesi; medicine, accertam. diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali ed endoprotesi; medicine, accertam. diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali ed endoprotesi; medicine, accertam. diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 200 No Rete: 10% minimo € 1500 Le condizioni di scoperto per ricovero in struttura di Rete si riferiscono anche alle relative prestazioni pre e post pur se effettuate non in regime di convenzione	Rete: € 200 No Rete: 10% minimo € 1500 Le condizioni di scoperto per ricovero in struttura di Rete si riferiscono anche alle relative prestazioni pre e post pur se effettuate non in regime di convenzione	Rete: € 0 No Rete: 10% minimo € 1500 Le prestazioni pre e post relative ad un ricovero in struttura di Rete sono rimborsate al 100% pur se effettuate non in regime di convenzione
NOTE	Nel caso di trapianto, sono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto del donatore	Nel caso di trapianto, sono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto del donatore	Nel caso di trapianto, sono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto del donatore

**Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"**

**AREA RICOVERO (segue)**

<b>RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO a scopo ricostruttivo</b>	<b>STANDARD</b>	<b>PLUS</b>	<b>EXTRA3</b>
PRESTAZIONI DURANTE	Spese di ricovero a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro laterale, compreso supporto psicologico	Spese di ricovero a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro laterale, compreso supporto psicologico	Spese di ricovero a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro laterale, compreso supporto psicologico
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 90 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 90 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 90 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 90 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 90 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 90 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 5.000 anno/persona/nucleo	€ 5.000 anno/persona/nucleo	€ 5.000 anno/persona/nucleo
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 1.000 No Rete: 20% minimo € 1.000 Le prestazioni pre e post relative ad un ricovero in struttura di Rete sono rimborsate al 100% pur se effettuate non in regime di convenzione	Rete: € 1.000 No Rete: 20% minimo € 1.000 Le prestazioni pre e post relative ad un ricovero in struttura di Rete sono rimborsate al 100% pur se effettuate non in regime di convenzione	Rete: € 1.000 No Rete: 20% minimo € 1.000 Le prestazioni pre e post relative ad un ricovero in struttura di Rete sono rimborsate al 100% pur se effettuate non in regime di convenzione
NOTE	Garanzia che si aggiunge alle altre garanzie di ricovero	Garanzia che si aggiunge alle altre garanzie di ricovero	Garanzia che si aggiunge alle altre garanzie di ricovero

**Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"**

**UNI.C.A. -ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI PLAFONATI IN RETE E FUORI RETE**

<b>TIPOLOGIA DI INTERVENTO</b>	<b>PLAFOND</b>
Intervento di legatura e stripping delle vene (varicocele compreso)	€ 3.500
Intervento di settoplastica funzionale, <b>compresa eventuali interventi sui turbinati</b>	€ 3.500
Intervento di riduzione e sintesi fratture (ad esempio, con chiodi, placche, viti)	€ 8.000
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad esempio, con chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Intervento di tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3.000
Intervento per ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 5.000
Intervento di emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole e/o prolasso rettale	€ 4.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo, dito a martello, alluce rigido	€ 4.000
Intervento a carico del ginocchio (diversi da legamenti)	€ 7.000
Isteroscopia operativa	€ 4.000
Intervento di ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Intervento di asportazione cisti ovariche	€ 8.500
Intervento di tiroidectomia (esclusa radicale per neoplasia maligna)	€ 10.000
Intervento di colecistectomia	€ 8.500
Intervento per ernia del disco e/o stabilizzatore vertebrale	€ 11.000
Artrodesi vertebrale	€ 14.000
Interventi sulla prostata (TURP)	€ 9.000
Interventi sulla prostata (Altri interventi)	€ 18.000
Adenoma prostatico	€ 9.000
Adenocarcinoma prostatico	€ 18.000
Intervento di isterectomia	€ 10.000

<b>TIPOLOGIA DI INTERVENTO</b>	<b>PLAFOND</b>
Intervento di isterectomia (compresa eventuale annessiectomia)	€ 15.000
Intervento per artroprotesi anca	€ 20.000
Asportazione di neoformazioni cutanee (cisti in genere, lipomi e nevi) <b>(1)</b>	€ 1.000
Intervento per artroprotesi ginocchio	€ 15.000
Intervento per morbo di Dupuytren, sindrome di Guyon	€ 2.000
Intervento per tunnel carpale	€ 1.500
<b>Intervento per dito a scatto e per intrappolamento del nervo ulnare al gomito</b>	€ 2.500
Intervento per cataratta (con o senza IOL) - <b>per occhio</b>	€ 2.000
Intervento per asportazione cisti e noduli benigni del seno (nodulectomie)	€ 3.500
Intervento per appendicectomia	€ 4.000
Intervento sui seni paranasali, frontali, mascellari e/o FESS	€ 3.500

**NOTA BENE:**

**PLAFOND riferito al solo ricovero/evento – rimborso delle spese pre-post non compreso nel suddetto plafond**

**Ove nello stesso ricovero vengano effettuati due o più interventi compresi in questo elenco, si applica il plafond al 100% per l'intervento principale (come definito dal chirurgo) e al 70% per quelli secondari; l'eventuale franchigia prevista viene applicata una sola volta, sull'intero ammontare della spesa.**

**(1) Consultare il documento "Polizze Assicurative: Interpretazioni" per la fattispecie relativa a Nevi e neoformazioni cutanee**

**AREA RICOVERO (segue)**

<b>RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO</b>	<b>STANDARD</b>	<b>PLUS</b>	<b>EXTRA3</b>
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari medici, medicinali, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.	Onorari medici, medicinali, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.	Onorari medici, medicinali, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 200 No Rete: 10% minimo € 1500 Le condizioni di scoperto per ricovero in struttura di Rete si riferiscono anche alle relative prestazioni pre e post pur se effettuate non in regime di convenzione	Rete: € 200 No Rete: 10% minimo € 1500 Le condizioni di scoperto per ricovero in struttura di Rete si riferiscono anche alle relative prestazioni pre e post pur se effettuate non in regime di convenzione	Rete: € 0 No Rete: 10% minimo € 1500 Le prestazioni pre e post relative ad un ricovero in struttura di Rete sono rimborsate al 100% pur se effettuate non in regime di convenzione

**Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"**



**AREA RICOVERO (segue)**

GRANDI INTERVENTI	STANDARD	PLUS	EXTRA3
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi, medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni	Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi, medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni	Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi, medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 300.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 300.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 500.000 nucleo/anno per RICOVERI
SCOPERTO/FRANCHIGIA	-	-	-
NOTE	Trapianti: rimborso spese chirurgiche donante. Elenco grandi interventi allegato	Trapianti: rimborso spese chirurgiche donante. Elenco grandi interventi allegato	Trapianti: rimborso spese chirurgiche donante. Elenco grandi interventi allegato

**In caso di prestazioni indirette (a rimborso) relative a grandi interventi effettuati presso una delle Cliniche Top – v. elenco pag. 3 - saranno applicati scoperti e franchigie relativi agli interventi ordinari, con relativa penalizzazione per accesso in forma indiretta quando sia possibile l'accesso in forma diretta**

**Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"**

## **ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

### **CHIRURGIA DELL' ESOFAGO**

- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastroplastica, esofogodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale CON TORACOTOMIA
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

### **CHIRURGIA DELLO STOMACO-DUODENO-INTESTINO TENUE**

- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias

### **CHIRURGIA DEL COLON**

- Emicolectomia destra e linfadenectomia
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia per via tradizionale
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale
- Amputazione del retto per via addomino-perineale

### **CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI**

- **Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare**
- Chirurgia dell'ipertensione portale:
  - a) Interventi di derivazione
    - anastomosi porto-cava
    - anastomosi spleno-renale
    - anastomosi mesenterico-cava
  - b) Interventi di devascularizzazione
    - legatura delle varici per via toracica e/o addominale
    - transezione esofagea per via toracica
    - transezione esofagea per via addominale
    - econnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
    - transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago-gastrica

### **CHIRURGIA DEL PANCREAS**

- Duodenocefalo-pancreasectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreasectomia totale con o senza linfadenectomia
- **Interventi per tumori endocrini funzionali e neoplasie maligne del pancreas**

### **CHIRURGIA DEL COLLO**

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Resezioni e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

### **CHIRURGIA DEL TORACE**

- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Toracoplastica: I e II tempo

### **CARDIOCHIRURGIA**

- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni dei grossi vasi (non escluse dalla garanzia)
- Resezione cardiac
- Sostituzione valvolare con protesi
- Valvuloplastica

### **CHIRURGIA VASCOLARE**

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale PER VIA TORACOADDOMINALE
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali) PER VIA LAPAROTOMICA
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore

### **NEUROCHIRURGIA**

- Craniotomia per malformazioni vascolari (non escluse dalla garanzia)
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
  
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malfomazione vascolare
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Cranitomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per ascesso cerebrale
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali per via anteriore
- **Intervento chirurgico per neoplasie maligne dei nervi periferici**

#### **CHIRURGIA UROLOGICA**

- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- **Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale, per neoplasia maligna**

#### **CHIRURGIA GINECOLOGICA**

- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via addominale con linfadenectomia

#### **CHIRURGIA OCULISTICA**

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per neoplasia del globo oculare

#### **CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA**

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare - -
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Petrosectomia

### **CHIRURGIA ORTOPEDICA**

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi di spalla
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomia
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Trattamento cruento dei tumori ossei
- **Grandi amputazioni d'arto superiori ad un terzo**

### **CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE**

- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia

### **CHIRURGIA PEDIATRICA (NON ESCLUSE DALLA GARANZIA)**

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:abbassamento addomino perineale.
- Megacolon:resezione con reimpianto,resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

## **ALTRE VOCI**

Si considerano “Interventi di alta chirurgia” anche:

- il trapianto di organi con espianto di organi del donatore;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione), purchè superiore a giorni 3.

**AREA RICOVERO (segue)**

DAY HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO	<u>STANDARD</u>	<u>PLUS</u>	<u>EXTRA3</u>
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali d'intervento ed endoprotesi; medicinali, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, assistenza medica ed infermieristica, cure Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali d'intervento ed endoprotesi; medicinali, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, assistenza medica ed infermieristica, cure Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali d'intervento ed endoprotesi; medicinali, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, assistenza medica ed infermieristica, cure Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri ;no Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri ;no Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri ;no Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 200 No Rete: scop 10% min € 1.000 Le condizioni di scoperto per ricovero in struttura di Rete si riferiscono anche alle relative prestazioni pre e post pur se effettuate non in regime di convenzione	Rete: € 200 No Rete: scop 10% min € 1.000 Le condizioni di scoperto per ricovero in struttura di Rete si riferiscono anche alle relative prestazioni pre e post pur se effettuate non in regime di convenzione	Rete: € 0. No Rete: scop 10% min € 1.000 Le prestazioni pre e post relative ad un ricovero in struttura di Rete sono rimborsate al 100% pur se effettuate non in regime di convenzione

**Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"**



**AREA RICOVERO (segue)**

<b>DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO CHIRURGICO</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI DURANTE	Assistenza medica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure, onorari medici Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")	Assistenza medica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure, onorari medici Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")	Assistenza medica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure, onorari medici Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 250 al gg	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 250 al gg	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 250 al gg
MASSIMALE	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 200 NO Rete: scop 10% min € 1.000	Rete: € 200 NO Rete: scop 10% min € 1.000	Rete: € 0 NO Rete: scop 10% min € 1.000

**Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"**

**AREA RICOVERO (segue)**

<b>INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiale di intervento, medicine, accertamenti diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure, assistenza infermieristica Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiale di intervento, medicine, accertamenti diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure, assistenza infermieristica Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiale di intervento, medicine, accertamenti diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure, assistenza infermieristica Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg.
MASSIMALE	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 100 No Rete: scop 10% minimo € 500 Le condizioni di scoperto per ricovero in struttura di Rete si riferiscono anche alle relative prestazioni pre e post pur se effettuate non in regime di convenzione	Rete: € 100 No Rete: scop 10% minimo € 500 Le condizioni di scoperto per ricovero in struttura di Rete si riferiscono anche alle relative prestazioni pre e post pur se effettuate non in regime di convenzione	Rete: € 0 No Rete: scop 10% minimo € 500 Le prestazioni pre e post relative ad un ricovero in struttura di Rete sono rimborsate al 100% pur se effettuate non in regime di convenzione

**Per la fattispecie di intervento ambulatoriale contestuale a visita medica specialistica, consultare il documento "Polizze Assicurative: Interpretazioni"**

**Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"**

**AREA RICOVERO (segue)**

<b>PARTO CESAREO</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe, diritti sala parto, materiali, assistenza medica ed infermieristica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure  Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")	Onorari equipe, diritti sala parto, materiali, assistenza medica ed infermieristica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure  Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")	Onorari equipe, diritti sala parto, materiali, assistenza medica ed infermieristica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure  Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure, nei 100 gg. Trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure, nei 100 gg. Trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure, nei 100 gg. Trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 120 gg
SPESE NEONATO	Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.000,00 anno/nucleo.	Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.000,00 anno/nucleo.	Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.000,00 anno/nucleo.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Senza limiti giornalieri (non sono comprese le spese voluttuarie)	Senza limiti giornalieri (non sono comprese le spese voluttuarie)	Senza limiti giornalieri (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 6.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato)	€ 6.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato)	€ 9.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato)
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	-
NOTE	Trattamento applicato anche all'aborto terapeutico	Trattamento applicato anche all'aborto terapeutico	Trattamento applicato anche all'aborto terapeutico

**Per la fattispecie di parto cesareo su volere della madre, consultare il documento "Polizze Assicurative: Interpretazioni"**

**Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"**

**AREA RICOVERO (segue)**

<b>PARTO FISIOLÓGICO</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe Diritti sala parto Medicinali, accertamenti diagnostici, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")	Onorari equipe Diritti sala parto Medicinali, accertamenti diagnostici, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")	Onorari equipe Diritti sala parto Medicinali, accertamenti diagnostici, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure, nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure, nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure, nei 100 gg.
SPESE NEONATO	Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.000,00 anno/nucleo.	Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.000,00 anno/nucleo.	Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.000,00 anno/nucleo.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Senza limiti giornalieri (non sono comprese le spese voluttuarie)	Senza limiti giornalieri (non sono comprese le spese voluttuarie)	Senza limiti giornalieri (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 3.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato)	€ 3.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato)	€ 6.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato)
NOTE			

**Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"**

**AREA RICOVERO (segue)**

<b>INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari specialista Implantologia dentale Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Onorari specialista Implantologia dentale Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Onorari specialista Implantologia dentale Medicinali, accertamenti diagnostici, cure
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure nei 100 gg.
RETTE DI DEGENZA	Ricoveri: - in totale convenzione diretta: senza limitazione giornaliera - non in totale convenzione diretta fino a 300,00€/g (ridotto a 250,00€ per Day Hospital) Non sono comprese le spese voluttuarie	Ricoveri: - in totale convenzione diretta: senza limitazione giornaliera - non in totale convenzione diretta fino a 300,00€/g (ridotto a 250,00€ per Day Hospital) Non sono comprese le spese voluttuarie	Ricoveri: - in totale convenzione diretta: senza limitazione giornaliera - non in totale convenzione diretta fino a 300,00€/g (ridotto a 250,00€ per Day Hospital) Non sono comprese le spese voluttuarie
MASSIMALE	10.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra)	10.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra)	10.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra)
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 200 No Rete: 20% minimo € 1.000	Rete: € 200 No Rete: 20% minimo € 1.000	Rete: € 0 No Rete: 20% minimo € 1000

**La copertura riguarda: osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radiocolari, adamantinoma, odontoma  
È richiesta la presentazione di documentazione particolare (vds. estratto polizza).**

**Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"**

**AREA RICOVERO (segue)**

<b>MIOPIA</b>	<b>STANDARD</b>	<b>PLUS</b>	<b>EXTRA3</b>
PRESTAZIONE	Rimborso spese chirurgia rifrattiva e trattamenti con laser a eccimeri , onorari equipe, diritti sala operatoria, materiale di intervento	Rimborso spese chirurgia rifrattiva e trattamenti con laser a eccimeri , onorari equipe, diritti sala operatoria, materiale di intervento	Rimborso spese chirurgia rifrattiva e trattamenti con laser a eccimeri , onorari equipe, diritti sala operatoria, materiale di intervento
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche nei 100 gg.
RETTE DI DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg (€ 250 al gg in caso di ricovero in regime di Day Hospital) (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg (€ 250 al gg in caso di ricovero in regime di Day Hospital) (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg (€ 250 al gg in caso di ricovero in regime di Day Hospital) (non sono comprese le spese voluttuarie)
CONDIZIONI	Differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie	Differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie	Differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie
MASSIMALE	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 200 No Rete: 10% min. € 1000	Rete: € 200 No Rete: 10% min. € 1000	Rete: € 0 No Rete: 10% min. € 1000

**Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"**

**AREA RICOVERO (segue)**

<b>PRESTAZIONI PER RICOVERI A TOTALE CARICO S.S.N. (*)</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
DIARIA SOSTITUTIVA (per ogni g di ricovero intendendosi tale quello comprendente il pernottamento)	€ 80 al g. con intervento € 60 al g. senza intervento € 40/g Day Hospital con intervento € 30/g Day Hospital senza intervento € 100 al g. Grande Intervento	€ 80 al g. con intervento € 60 al g. senza intervento € 40/g Day Hospital con intervento € 30/g Day Hospital senza intervento € 100 al g. Grande Intervento	€ 100 al giorno € 50 al g. Day Hospital € 120 al g. Grande Intervento
LIMITI DIARIA	180 gg. persona/anno	180 gg. persona/anno	300 gg. persona/anno
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 100 gg.
NOTE	Prestazioni post: Nel solo caso di intervento il limite di 100 gg sarà elevato a 120 gg. per i trattamenti fisioterapici e rieducativi	Prestazioni post: Nel solo caso di intervento il limite di 100 gg sarà elevato a 120 gg. per i trattamenti fisioterapici e rieducativi	Prestazioni post: Nel solo caso di intervento il limite di 100 gg sarà elevato a 120 gg. per i trattamenti fisioterapici e rieducativi

**(\*) per le prestazioni disciplinate all'Art. 2.3 AREA RICOVERI, lett C) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**AREA RICOVERO** (segue)

<b>ACCOMPAGNATORE</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Rimborso spese relative a vitto/ pernottamento e di trasporto per un accompagnatore	Rimborso spese relative a vitto/ pernottamento e di trasporto per un accompagnatore	Rimborso spese relative a vitto/ pernottamento e di trasporto per un accompagnatore
CONDIZIONI	Prestazioni di cui alla lett. A, punti 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7)	Prestazioni di cui alla lett. A, punti 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7)	Prestazioni di cui alla lett. A, punti 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7)
MASSIMALE	€ 60 al giorno per max 30 gg nucleo/anno	€ 60 al giorno per max 30 gg nucleo/anno	€ 80 al giorno per max 90 gg nucleo/anno Grande Intervento chirurgico: € 180 al giorno per max 90 gg nucleo/anno

<b>TRASPORTO SANITARIO</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Ambulanza per Italia Tutti i mezzi per Estero	Ambulanza per Italia Tutti i mezzi per Estero	Ambulanza per Italia Tutti i mezzi per Estero
CONDIZIONI	Prestazioni di cui alla lett. A (esclusi i punti 5), 8), 9) e C	Prestazioni di cui alla lett. A (esclusi i punti 5), 8), 9) e C	Prestazioni di cui alla lett. A (esclusi i punti 5), 8), 9) e C
MASSIMALE	€ 2.000 nucleo/anno	€ 2.000 nucleo/anno	€ 3.000 nucleo/anno



**AREA SPECIALISTICA**

<b>ALTA SPECIALIZZAZIONE (CURE E ALTA DIAGNOSTICA)</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Rimborso per: prestazioni di alta diagnostica come da elenco allegato	Rimborso per: prestazioni di alta diagnostica come da elenco allegato	Rimborso per: prestazioni di alta diagnostica come da elenco allegato
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista (*)	Prescrizione medico ASL o specialista (*)	Prescrizione medico ASL o specialista (*)
MASSIMALE	€ 5.000 nucleo/anno	€ 5.000 nucleo/anno	€ 7.500 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: franchigia € 30 per fattura No Rete: 20% min € 60 per fattura	Rete: franchigia €10 per fattura No Rete: 20% min € 60 per fattura	Rete: franchigia € 10 per fattura No Rete: 20% min € 60 per fattura

**(\*) vedi "Guida all'Assistito"**

<b>DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</b>
ANGIOGRAFIA DIGITALE
ARTROGRAFIA
BRONCOGRAFIA
CISTERNOGRAFIA
CISTOGRAFIA
COLANGIOGRAFIA
COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA
COLECISTOGRAFIA
DACRIOCISTOGRAFIA
FISTOLOGRAFIA
FLEBOGRAFIA
FLUORANGIOGRAFIA
GALATTOGRAFIA
ISTEROSALPINGOGRAFIA
LINFOGRAFIA
MIELOGRAFIA
PNEUMOENCEFALOGRAFIA
RETINOGRAFIA
SCIALOGRAFIA
SPLENOPORTOGRAFIA
UROGRAFIA
VESCICULODEFERENTOGRAFIA
CORONAROGRAFIA
SCINTIGRAFIA
AMNIOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto
RMN con o senza M.D.C.
TAC con o senza M.D.C.

ENDOSCOPIE (anche con prelievo bioptico)	
BRONCOSCOPIA	LE ASPORTAZIONI DI POLIPI, CISTI TRAMITE ENDOSCOPIA SONO CONSIDERATI INTERVENTI CHIRURGICI
RETTOSCOPIA	
COLONSCOPIA	
DUODENOSCOPIA	
ESOFAGOSCOPIA	
GASTROSCOPIA	

TERAPIE	
DIALISI	Si precisa che la prestazione indicata in elenco non è quella utilizzata a fini chirurgici (es. exeresi di verruca o nevo). <b>Consultare il documento "Polizze Assicurative: Interpretazioni" in materia di Laserterapia</b>
ALCOLIZZAZIONE	
LASERTERAPIA (esclusa per fini riabilitativi con eccezione di quella effettuata per patologie in forma acuta, rimborsabile entro il limite massimo di 18 sedute)	

TERAPIE ATTINENTI PATOLOGIE ONCOLOGICHE
CHEMIOTERAPIA
RADIOTERAPIA
COBALTOTERAPIA

**AREA SPECIALISTICA**

<b>ALTA DIAGNOSTICA (TEST GENETICI PRENATALI SU DNA FETALE)</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali E e Y (e.g. Harmony test, Prenatal Safe).	Test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali E e Y (e.g. Harmony test, Prenatal Safe).	Test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali E e Y (e.g. Harmony test, Prenatal Safe).
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista (*)	Prescrizione medico ASL o specialista (*)	Prescrizione medico ASL o specialista (*)
MASSIMALE	€ 5.000 nucleo/anno	€ 5.000 nucleo/anno	€ 7.500 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: franchigia € 30 per fattura No Rete: 20% min € 60 per fattura	Rete: franchigia €10 per fattura No Rete: 20% min € 60 per fattura	Rete: franchigia €10 per fattura No Rete: 20% min € 60 per fattura

**(\*) vedi "Guida all'Assistito"**

**AREA SPECIALISTICA (segue)**

<b>ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (DIAGNOSTICA ORDINARIA)</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONE	Rimborso spese (esclusi accertamenti odontoiatrici e ortodontici, salvo in caso di infortunio)	Rimborso spese (esclusi accertamenti odontoiatrici e ortodontici, salvo in caso di infortunio)	Rimborso spese (esclusi accertamenti odontoiatrici e ortodontici, salvo in caso di infortunio)
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista (*)	Prescrizione medico ASL o specialista (*)	Prescrizione medico ASL o specialista (*)
MASSIMALE	Compreso in € 3.000 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE	Compreso in € 3.000 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE	Compreso in € 5.500 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: franchigia € 30 per fattura No Rete: 20% min € 60 per fattura	Rete: franchigia € 10 per fattura No Rete: 20% min € 60 per fattura	Rete: franchigia € 10 per fattura No Rete: 20% min € 60 per fattura
NOTE	Accertamenti diagnostica ordinaria non ricompresi nell'alta diagnostica	Accertamenti diagnostica ordinaria non ricompresi nell'alta diagnostica	Accertamenti diagnostica ordinaria non ricompresi nell'alta diagnostica

**(\*) vedi "Guida all'Assistito"**

**Consultare il documento "Polizze Assicurative: Interpretazioni" per le fattispecie relative a:**

- **malattie mentali**
- **algie o sintomi**
- **astenia**

**AREA SPECIALISTICA (segue)**

<b>VISITE SPECIALISTICHE</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Rimborso onorari visite, escluse: - Pediatriche di controllo - odontoiatriche e ortodontiche (salvo il caso di infortunio)	Rimborso onorari visite, escluse: - Pediatriche di controllo - odontoiatriche e ortodontiche (salvo il caso di infortunio)	Rimborso onorari visite, escluse: - Pediatriche di controllo - odontoiatriche e ortodontiche (salvo il caso di infortunio)
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista (*)	Prescrizione medico ASL o specialista (*)	Prescrizione medico ASL o specialista (*)
MASSIMALE	€ 3.000 nucleo/anno	€ 3.000 nucleo/anno	€ 5.500 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: franchigia € 30 per fattura No Rete: 20% min € 60 per fattura	Rete: franchigia € 10 per fattura No Rete: 20% min € 60 per fattura	Rete: franchigia € 10 per fattura No Rete: 20% min € 60 per fattura
NOTE	Odontoiatriche e ortodontiche ammesse a rimborso se conseguenti a infortunio	Odontoiatriche e ortodontiche ammesse a rimborso se conseguenti a infortunio	Odontoiatriche e ortodontiche ammesse a rimborso se conseguenti a infortunio

**(\*) vedi "Guida all'Assistito"**

**Consultare il documento "Polizze Assicurative: Interpretazioni" per le fattispecie relative a:**

- **intervento chirurgico ambulatoriale contestuale a visita medica specialistica**
- **malattie mentali**
- **algie o sintomi**
- **astenia**
- **visite domiciliari**

**AREA SPECIALISTICA (segue)**

<b>FISIOTERAPIA</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Rimborso costo terapia	Rimborso costo terapia	Rimborso costo terapia
CONDIZIONI	<p>Trattamenti a seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infortunio, documentato da certificato PS e occorso entro 24 mesi antecedenti la prestazione fisioterapica</li> <li>- Ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative, neuromiopatiche e omeoplastiche</li> <li>- Interventi cardiocirurgici e di chirurgia toracica; amputazione di arti</li> </ul> <p>Prestazioni rese c/o Centri Medici e da personale abilitato a fronte prescrizione medica</p>	<p>Trattamenti a seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infortunio, documentato da certificato PS e occorso entro 24 mesi antecedenti la prestazione fisioterapica</li> <li>- Ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative, neuromiopatiche e omeoplastiche</li> <li>- Interventi cardiocirurgici e di chirurgia toracica; amputazione di arti</li> </ul> <p>Prestazioni rese c/o Centri Medici e da personale abilitato a fronte prescrizione medica</p>	<p>Trattamenti a seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infortunio, documentato da certificato PS e occorso entro 24 mesi antecedenti la prestazione fisioterapica</li> <li>- Ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative, neuromiopatiche e omeoplastiche</li> <li>- Interventi cardiocirurgici e di chirurgia toracica; amputazione di arti</li> </ul> <p>Prestazioni rese c/o Centri Medici e da personale abilitato a fronte prescrizione medica</p>
MASSIMALE	€. 700 nucleo/anno	€. 700 nucleo/anno	Compreso in €. 5.500 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE
SCOPERTO FRANCHIGIA	<p>Rete: franchigia di 40 euro per ciclo di cura</p> <p>Fuori rete: scop 20% min. € 60 per ciclo di cura</p> <p>(esclusivamente c/o Centri Medici)</p>	<p>Rete: franchigia di 40 euro per ciclo di cura</p> <p>Fuori rete: scop 20% min. € 60 per ciclo di cura</p> <p>(esclusivamente c/o Centri Medici)</p>	<p>Rete: franchigia di 40 euro per ciclo di cura</p> <p>Fuori rete: scop 20% min. € 60 per ciclo di cura</p> <p>(esclusivamente c/o Centri Medici)</p>

**NOTE: Si precisa che non è previsto il rimborso di spese sostenute per il noleggio dei macchinari utilizzati a fini riabilitativi**

**AREA SPECIALISTICA (segue)**

<b>AGOPUNTURA</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	-	-	Rimborso costo terapia
CONDIZIONI	-	-	Prescrizione medico ASL o specialista Prestazioni rese da un medico
MASSIMALE	-	-	Compreso in € 5.500 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	20% min. € 40 per fattura



**AREA SPECIALISTICA (segue)**

<b>CURE ONCOLOGICHE</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza infermieristica domiciliare</li> <li>- Chemioterapia</li> <li>- Radioterapia</li> <li>- Altre terapie finalizzate alle cure oncologiche</li> <li>- Visite specialistiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza infermieristica domiciliare</li> <li>- Chemioterapia</li> <li>- Radioterapia</li> <li>- Altre terapie finalizzate alle cure oncologiche</li> <li>- Visite specialistiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza infermieristica domiciliare</li> <li>- Chemioterapia</li> <li>- Radioterapia</li> <li>- Altre terapie finalizzate alle cure oncologiche</li> <li>- Visite specialistiche</li> </ul>
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista (*)	Prescrizione medico ASL o specialista (*)	Prescrizione medico ASL o specialista (*)
MASSIMALE	€ 10.000 nucleo/anno. In caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche	€ 10.000 nucleo/anno. In caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche	€ 12.000 nucleo/anno. In caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	-

**(\*) vedi "Guida all'Assistito"**

**AREA SPECIALISTICA (segue)**

<b>LOGOPEDIA</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Logopedia a seguito di malattia o infortunio effettuata da personale abilitato	Logopedia a seguito di malattia o infortunio effettuata da personale abilitato	Logopedia a seguito di malattia o infortunio effettuata da personale abilitato
CONDIZIONI	Certificazione Pronto Soccorso in caso di infortunio Prescrizione medico ASL o specialista	Certificazione Pronto Soccorso in caso di infortunio Prescrizione medico ASL o specialista	Certificazione Pronto Soccorso in caso di infortunio Prescrizione medico ASL o specialista
MASSIMALE	1.000 € anno/nucleo	1.000 € anno/nucleo	1.000 € anno/nucleo
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: franchigia di € 40 per fattura Fuori rete: scop 20% min. € 60 per fattura	Rete: franchigia di € 40 per fattura Fuori rete: scop 20% min. € 60 per fattura	Rete: franchigia di € 40 per fattura Fuori rete: scop 20% min. € 60 per fattura

**AREA SPECIALISTICA (segue)**

<b>PSICOTERAPIA</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	-	-	Psicoterapia
CONDIZIONI	-	-	Prescrizione medico ASL o specialista
MASSIMALE	-	-	1.000 € anno/nucleo
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	Rete e fuori Rete: 50% del costo sostenuto e documentato

<b>DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento) del minore</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Cure per DSA	Cure per DSA	Cure per DSA
CONDIZIONI	La patologia ed il calcolo del QI devono essere certificate da uno specialista in neuropsichiatria infantile di struttura pubblica	La patologia ed il calcolo del QI devono essere certificate da uno specialista in neuropsichiatria infantile di struttura pubblica	La patologia ed il calcolo del QI devono essere certificate da uno specialista in neuropsichiatria infantile di struttura pubblica
MASSIMALE	<ul style="list-style-type: none"> <li>€ 1.500 anno/nucleo per QI&lt;70</li> <li>€ 500 anno/nucleo per QI tra 70 e 85</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>€ 1.500 anno/nucleo per QI&lt;70</li> <li>€ 500 anno/nucleo per QI tra 70 e 85</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>€ 1.500 anno/nucleo per QI&lt;70</li> <li>€ 500 anno/nucleo per QI tra 70 e 85</li> </ul>
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: franchigia di € 40 per fattura Fuori rete: scop 20% min. € 60 per fattura	Rete: franchigia di € 40 per fattura Fuori rete: scop 20% min. € 60 per fattura	Rete: franchigia di € 40 per fattura Fuori rete: scop 20% min. € 60 per fattura
Note	Garanzia aggiuntiva a quella relativa a Logopedia	Garanzia aggiuntiva a quella relativa a Logopedia	Garanzia aggiuntiva a quella relativa a Logopedia

**AREA SPECIALISTICA (segue)**

<b>PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Spesa per acquisto, riparazione, sostituzione	Spesa per acquisto, riparazione, sostituzione	Spesa per acquisto, riparazione, sostituzione
CONDIZIONI	-	-	-
MASSIMALE	€ 3.000 nucleo/anno	€ 3.000 nucleo/anno	€ 3.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	-		Estensioni in NOTE: 30% min. € 50 per fattura
NOTE	-	-	La copertura si estende a: - presidi ortopedici - cinti erniari - busti ortopedici curativi - protesi oculari - ausili mobilità - ausili udito - ausili fonazione. Sono escluse: - calzatura a plantare - corsetteria e busti estetico/formativi

**Consultare il documento "Polizze Assicurative: Interpretazioni" in materia di Plantari e Presidi Ortopedici**

**AREA SPECIALISTICA (segue)**

<b>CURE DENTARIE DA INFORTUNIO</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Rimborso spese conseguenti a infortunio	Rimborso spese conseguenti a infortunio	Rimborso spese conseguenti a infortunio
CONDIZIONI	Certificazione Pronto Soccorso ospedaliero Infortunio occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione delle cure	Certificazione Pronto Soccorso ospedaliero Infortunio occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione delle cure	Certificazione Pronto Soccorso ospedaliero Infortunio occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione delle cure
MASSIMALE	€ 4.000 nucleo/anno	€ 4.000 nucleo/anno	€ 7.000 nucleo/anno

<b>RIMBORSO TICKET S.S.N.</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Rimborso TICKET per prestazioni previste dal piano.	Rimborso TICKET per prestazioni previste dal piano.	Rimborso TICKET per prestazioni previste dal piano.
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista (*)	Prescrizione medico ASL o specialista (*)	Prescrizione medico ASL o specialista (*)
MASSIMALE	La spesa rientra nel massimale previsto per il singolo tipo di prestazione	La spesa rientra nel massimale previsto per il singolo tipo di prestazione	La spesa rientra nel massimale previsto per il singolo tipo di prestazione

**(\*) vedi "Guida all'Assistito"**

**Alcune strutture sanitarie possono effettuare prestazioni sia in regime di SSN che in regime privato: al fine di poter considerare le prestazioni come effettuate in regime di ticket SSN, con applicazione delle relative condizioni di liquidazione, è necessario che dal documento di spesa si possa evincere inequivocabilmente il regime di erogazione (quota ricetta).**

**AREA SPECIALISTICA (segue)**

<b>PRESTAZIONI AGGIUNTIVE</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	-	-	Spese mediche pediatriche di controllo (fino all'età di 14 anni)
CONDIZIONI	-	-	-
MASSIMALE	-	-	€ 1.500,00 anno/nucleo € 500,00 anno/pro-capite
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	30%

<b>LENTI</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	-	Rimborso occhiali e lenti a contatto correttive (escluse "usa e getta")	Rimborso occhiali e lenti a contatto correttive (escluse "usa e getta")
CONDIZIONI	-	Prescrizione di medico oculista, ottico optometrista od ortottico e certificato di conformità Prima prescrizione o modifica del visus	Prescrizione di medico oculista, ottico optometrista od ortottico e certificato di conformità Prima prescrizione o modifica del visus
MASSIMALE	-	€ 300 nucleo/anno € 120 persona/anno	€ 400 nucleo/anno € 150 persona/anno
NOTE	-	Compresa montatura occhiali	Compresa montatura occhiali

**AREA SPECIALISTICA** (segue)

<b>DIAGNOSI COMPARATIVA (SECOND OPINION)</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	-	Valutazione diagnostica per le più gravi patologie da parte dei maggiori specialisti a livello mondiale con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata	Valutazione diagnostica per le più gravi patologie da parte dei maggiori specialisti a livello mondiale con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata
CONDIZIONI	-	Il servizio può essere attivato per le seguenti patologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Morbo di Alzheimer</li> <li>• AIDS</li> <li>• Cecità</li> <li>• Malattie neoplastiche maligne</li> <li>• Problemi cardiovascolari</li> <li>• Sordità</li> <li>• Insufficienza renale</li> <li>• Perdita della parola</li> <li>• Trapianti degli organi vitali</li> <li>• Patologie neuromotorie</li> <li>• Sclerosi Multipla</li> <li>• Paralisi</li> <li>• Morbo di Parkinson</li> <li>• Ictus</li> <li>• Coma</li> </ul>	Il servizio può essere attivato per le seguenti patologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Morbo di Alzheimer</li> <li>• AIDS</li> <li>• Cecità</li> <li>• Malattie neoplastiche maligne</li> <li>• Problemi cardiovascolari</li> <li>• Sordità</li> <li>• Insufficienza renale</li> <li>• Perdita della parola</li> <li>• Trapianti degli organi vitali</li> <li>• Patologie neuromotorie</li> <li>• Sclerosi Multipla</li> <li>• Paralisi</li> <li>• Morbo di Parkinson</li> <li>• Ictus</li> <li>• Coma</li> </ul>
Note	-	Qualora lo desideri, l'utente può richiedere una visita presso lo specialista che ha valutato il caso. Vengono rimborsate esclusivamente le spese sostenute dall'Assistito relativamente al consulto medico	Qualora lo desideri, l'utente può richiedere una visita presso lo specialista che ha valutato il caso. Vengono rimborsate esclusivamente le spese sostenute dall'Assistito relativamente al consulto medico

**AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE**

<b>PRESTAZIONI IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Prestazioni ambulatoriali a seguito infortunio senza ricovero (gessi, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, trasporto)	Prestazioni ambulatoriali a seguito infortunio senza ricovero (gessi, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, trasporto)	Prestazioni ambulatoriali a seguito infortunio senza ricovero (gessi, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, trasporto)
MASSIMALE	€ 1.000 per evento	€ 1.000 per evento	€ 1.000 per evento

<b>CURA TOSSICODIPENDENTI</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Contributo spese sostenute per il recupero	Contributo spese sostenute per il recupero	Contributo spese sostenute per il recupero
CONDIZIONI	Recupero presso Comunità terapeutiche convenzionate ASL	Recupero presso Comunità terapeutiche convenzionate ASL	Recupero presso Comunità terapeutiche convenzionate ASL
MASSIMALE	€ 3.000 per persona (da rapportare al n.ro richieste/anno di tutti gli iscritti al piano, entro tetto max. € 30.000)	€ 3.000 per persona (da rapportare al n.ro richieste/anno di tutti gli iscritti al piano, entro tetto max. € 30.000)	€ 3.000 per persona (da rapportare al n.ro richieste/anno di tutti gli iscritti al piano, entro tetto max. € 30.000)



**AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE (segue)**

<b>ANTICIPO SPESE SANITARIE</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Max. 50% spese	Max. 50% spese	Max. 50% spese
CONDIZIONI	In caso di Grande Intervento	In caso di Grande Intervento	In caso di Grande Intervento

<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Assistenza medica ed infermieristica domiciliare in caso di malattia terminale comprovata da idonea certificazione medica e/o ospedaliera	Assistenza medica ed infermieristica domiciliare in caso di malattia terminale comprovata da idonea certificazione medica e/o ospedaliera	Assistenza medica ed infermieristica domiciliare in caso di malattia terminale comprovata da idonea certificazione medica e/o ospedaliera
MASSIMALE	€ 50/g max 90gg anno/nucleo	€ 50/g max 90gg anno/nucleo	€ 50/g max 90gg anno/nucleo

<b>RIMPATRIO SALMA</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Rimborso spese rimpatrio per decesso all'estero	Rimborso spese rimpatrio per decesso all'estero	Rimborso spese rimpatrio per decesso all'estero
CONDIZIONI	In caso di ricovero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico	In caso di ricovero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico	In caso di ricovero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico
MASSIMALE	€ 2.000 per evento	€ 2.000 per evento	€ 3.000 per evento

**AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE (segue)**

<b>OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE SUCCESSIVA A GRANDI INTERVENTI</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	-	-	Ospedalizzazione a domicilio Assistenza sanitaria integrata a domicilio
CONDIZIONI	-	-	Prescrizione medico ASL o specialista
MASSIMALE	-	-	€ 15.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	Rete: 0 No Rete: 10% min. € 1.200
NOTE	-	-	Max. 50 giorni per ricovero

**AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE (segue)**

<b>FECONDAZIONE ETEROLOGA</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE.	Spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE.	Spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE.
MASSIMALE	€ 350 anno/ nucleo	€ 350 anno/ nucleo	€ 350 anno/ nucleo
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: nessun scoperto / franchigia  Fuori rete: nessun scoperto / franchigia	Rete: nessun scoperto / franchigia  Fuori rete: nessun scoperto / franchigia	Rete: nessun scoperto / franchigia  Fuori rete: nessun scoperto / franchigia
Note	Qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta / trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore	Qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta / trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore	Qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta / trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore

**AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE (segue)**

ASSISTENZA POST PARTO	STANDARD	PLUS	EXTRA3
PRESTAZIONI	<p>Prestazioni finalizzate al pieno recupero a seguito del parto.</p> <p><b>a) Supporto psicologico post parto</b> Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche</p> <p><b>b) Controllo Arti inferiori</b> Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori</p> <p><b>c) Week-end benessere</b> Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visita dietologica</li> <li>• incontro nutrizionista</li> <li>• incontro personal trainer</li> <li>• lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico</li> <li>• trattamento termale</li> </ul>	<p>Prestazioni finalizzate al pieno recupero a seguito del parto.</p> <p><b>d) Supporto psicologico post parto</b> Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche</p> <p><b>e) Controllo Arti inferiori</b> Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori</p> <p><b>f) Week-end benessere</b> Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visita dietologica</li> <li>• incontro nutrizionista</li> <li>• incontro personal trainer</li> <li>• lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico</li> <li>• trattamento termale</li> </ul>	<p>Prestazioni finalizzate al pieno recupero a seguito del parto.</p> <p><b>g) Supporto psicologico post parto</b> Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche</p> <p><b>h) Controllo Arti inferiori</b> Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori</p> <p><b>i) Week-end benessere</b> Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visita dietologica</li> <li>• incontro nutrizionista</li> <li>• incontro personal trainer</li> <li>• lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico</li> <li>• trattamento termale</li> </ul>
MASSIMALE	Illimitato	Illimitato	Illimitato
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia	Nessun scoperto / franchigia	Nessun scoperto / franchigia
Note	La presente garanzia è erogata esclusivamente presso struttura convenzionata aderente al Network Previmedical in regime Diretto	La presente garanzia è erogata esclusivamente presso struttura convenzionata aderente al Network Previmedical in regime Diretto	La presente garanzia è erogata esclusivamente presso struttura convenzionata aderente al Network Previmedical in regime Diretto

**AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE (segue)**

CURE TERMALI per MINORI	<u>STANDARD</u>	<u>PLUS</u>	<u>EXTRA3</u>
PRESTAZIONI	Spese per cure termali, cure inalatorie e polizer effettuate dal minore. Sono inoltre previste una visita ad inizio cura e una visita a fine cura	Spese per cure termali, cure inalatorie e polizer effettuate dal minore. Sono inoltre previste una visita ad inizio cura e una visita a fine cura	Spese per cure termali, cure inalatorie e polizer effettuate dal minore. Sono inoltre previste una visita ad inizio cura e una visita a fine cura
CONDIZIONI	Patologie respiratorie del minore o infortunio	Patologie respiratorie del minore o infortunio	Patologie respiratorie del minore o infortunio
MASSIMALE	Le prestazioni sono erogate in regime Diretto (Rete) per un importo pari a € 35 a seduta, massimo 1 ciclo per anno (max 12 sedute consecutive con 1 interruzione a metà ciclo)	Le prestazioni sono erogate in regime Diretto (Rete) per un importo pari a € 35 a seduta, massimo 1 ciclo per anno (max 12 sedute consecutive con 1 interruzione a metà ciclo)	Le prestazioni sono erogate in regime Diretto (Rete) per un importo pari a € 35 a seduta, massimo 1 ciclo per anno (max 12 sedute consecutive con 1 interruzione a metà ciclo)
SCOPERTO FRANCHIGIA	Le visite di inizio e fine cura sono riconosciute senza applicazione di alcuno scoperto e franchigia	Le visite di inizio e fine cura sono riconosciute senza applicazione di alcuno scoperto e franchigia	Le visite di inizio e fine cura sono riconosciute senza applicazione di alcuno scoperto e franchigia
Note	Sono escluse le spese alberghiere del minore e dell'eventuale accompagnatore	Sono escluse le spese alberghiere del minore e dell'eventuale accompagnatore	Sono escluse le spese alberghiere del minore e dell'eventuale accompagnatore

**AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE (segue)**

<b>SINDROME DI DOWN</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) la garanzia prevede l'erogazione di un'indennità	In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) la garanzia prevede l'erogazione di un'indennità	In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) la garanzia prevede l'erogazione di un'indennità
CONDIZIONI	Diagnosi accertata nei primi 3 anni di vita del neonato	Diagnosi accertata nei primi 3 anni di vita del neonato	Diagnosi accertata nei primi 3 anni di vita del neonato
MASSIMALE	€ 1.000 anno /neonato per un periodo massimo di 5 anni	€ 1.000 anno /neonato per un periodo massimo di 5 anni	€ 1.000 anno /neonato per un periodo massimo di 5 anni
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia	Nessun scoperto / franchigia	Nessun scoperto / franchigia

**AREA PREVENZIONE**

<b>PREVENZIONE</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	<p>Le prestazioni di prevenzione sono offerte direttamente da Uni.C.A. nell'ambito della periodica Campagna di Prevenzione (di norma a cadenza biennale).</p> <p>Inoltre, sono previste, a carico dell'assicuratore, le seguenti prestazioni, fruibili o presso la Rete Convenzionata o presso i Centri Autorizzati Previmedical.</p>	<p>Le prestazioni di prevenzione sono offerte direttamente da Uni.C.A. nell'ambito della periodica Campagna di Prevenzione (di norma a cadenza biennale).</p> <p>Inoltre, sono previste, a carico dell'assicuratore, le seguenti prestazioni, fruibili o presso la Rete Convenzionata o presso i Centri Autorizzati Previmedical.</p>	<p>Le prestazioni di prevenzione sono offerte direttamente da Uni.C.A. nell'ambito della periodica Campagna di Prevenzione (di norma a cadenza biennale).</p> <p>Inoltre, sono previste, a carico dell'assicuratore, le seguenti prestazioni, fruibili o presso la Rete Convenzionata o presso i Centri Autorizzati Previmedical.</p>

**AREA PREVENZIONE (segue)**

<b>VISITE DI CONTROLLO</b>	<b>STANDARD</b>	<b>PLUS</b>	<b>EXTRA3</b>
PRESTAZIONI	Possibilità di effettuare 1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana una visita specialistica in qualsiasi specializzazione in modo completamente gratuito	Possibilità di effettuare 1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana una visita specialistica in qualsiasi specializzazione in modo completamente gratuito	Possibilità di effettuare 1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana una visita specialistica in qualsiasi specializzazione in modo completamente gratuito
CONDIZIONI	La prestazione è garantita anche in caso di consulto/mero controllo; non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione medica	La prestazione è garantita anche in caso di consulto/mero controllo; non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione medica	La prestazione è garantita anche in caso di consulto/mero controllo; non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione medica
MASSIMALE	Illimitato	Illimitato	Illimitato
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia	Nessun scoperto / franchigia	Nessun scoperto / franchigia
Note	La prestazione è erogata esclusivamente in regime Diretto presso gli specifici Centri Autorizzati facenti parte del Network delle strutture convenzionate con Previmedical Sono possibili le visite solo per le specializzazioni disponibili presso il Centro Autorizzato	La prestazione è erogata esclusivamente in regime Diretto presso gli specifici Centri Autorizzati facenti parte del Network delle strutture convenzionate con Previmedical Sono possibili le visite solo per le specializzazioni disponibili presso il Centro Autorizzato	La prestazione è erogata esclusivamente in regime Diretto presso gli specifici Centri Autorizzati facenti parte del Network delle strutture convenzionate con Previmedical Sono possibili le visite solo per le specializzazioni disponibili presso il Centro Autorizzato



**AREA PREVENZIONE (segue)**

<b>VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale	Erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale	Erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale
CONDIZIONI	Trattandosi di un trattamento di natura preventiva non sarà richiesta in fase di autorizzazione alcuna prescrizione medica	Trattandosi di un trattamento di natura preventiva non sarà richiesta in fase di autorizzazione alcuna prescrizione medica	Trattandosi di un trattamento di natura preventiva non sarà richiesta in fase di autorizzazione alcuna prescrizione medica
MASSIMALE	Illimitato	Illimitato	Illimitato
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia	Nessun scoperto / franchigia	Nessun scoperto / franchigia
Note	La prestazione è erogata esclusivamente in regime Diretto presso gli specifici Centri Autorizzati facenti parte del Network delle strutture convenzionate con Previmedical	La prestazione è erogata esclusivamente in regime Diretto presso gli specifici Centri Autorizzati facenti parte del Network delle strutture convenzionate con Previmedical	La prestazione è erogata esclusivamente in regime Diretto presso gli specifici Centri Autorizzati facenti parte del Network delle strutture convenzionate con Previmedical

**AREA PREVENZIONE (segue)**

<b>PREVENZIONE HERPES ZOSTER</b>	<b><u>STANDARD</u></b>	<b><u>PLUS</u></b>	<b><u>EXTRA3</u></b>
PRESTAZIONI	Con la prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze viene garantita a tutti gli Assistiti con età superiore a 55 anni la possibilità di immunizzazione rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso	Con la prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze viene garantita a tutti gli Assistiti con età superiore a 55 anni la possibilità di immunizzazione rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso	Con la prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze viene garantita a tutti gli Assistiti con età superiore a 55 anni la possibilità di immunizzazione rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso
CONDIZIONI			
MASSIMALE	Illimitato	Illimitato	Illimitato
SCOPERTO FRANCHIGIA	€ 36,15 per prestazione	€ 36,15 per prestazione	€ 36,15 per prestazione
Note	La prestazione è erogata esclusivamente in regime Diretto presso gli specifici Centri Autorizzati facenti parte del Network delle strutture convenzionate con Previmedical	La prestazione è erogata esclusivamente in regime Diretto presso gli specifici Centri Autorizzati facenti parte del Network delle strutture convenzionate con Previmedical	La prestazione è erogata esclusivamente in regime Diretto presso gli specifici Centri Autorizzati facenti parte del Network delle strutture convenzionate con Previmedical

**AREA PREVENZIONE (segue)**

<b>CONTROLLO PEDIATRICO</b>	<b>STANDARD</b>	<b>PLUS</b>	<b>EXTRA3</b>
PRESTAZIONI	<p>Visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi</li> <li>• 1 visita ai 4 anni</li> <li>• 1 visita ai 6 anni</li> </ul>	<p>Visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi</li> <li>• 1 visita ai 4 anni</li> <li>• 1 visita ai 6 anni</li> </ul>	<p>Visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi</li> <li>• 1 visita ai 4 anni</li> <li>• 1 visita ai 6 anni</li> </ul>
MASSIMALE	Illimitato	Illimitato	Illimitato
SCOPERTO FRANCHIGIA	€ 36,15 per ciascuna prestazione	€ 36,15 per ciascuna prestazione	€ 36,15 per ciascuna prestazione
Note	La presente garanzia è erogata esclusivamente presso struttura convenzionata aderente al Network Previmedical in regime Diretto	La presente garanzia è erogata esclusivamente presso struttura convenzionata aderente al Network Previmedical in regime Diretto	La presente garanzia è erogata esclusivamente presso struttura convenzionata aderente al Network Previmedical in regime Diretto  Per i titolari di EXTRA3: garanzia aggiuntiva a quella per spese mediche pediatriche di controllo (fino all'età di 14 anni)