



Piani sanitari 2026 – 27

**Polizze assicurative:
prassi liquidative**

Il documento illustra le prassi liquidative adottate dalla Compagnia di assicurazione per alcune garanzie contenute nelle Condizioni di Assicurazione (polizze sanitarie), di seguito indicate come “CDA”. Lo scopo è pertanto quello di fornire agli assicurati chiarimenti in merito all’operatività di talune coperture di polizza.

Tematiche generali

PROCEDURA D'URGENZA

Nelle CDA è prevista solo per i ricoveri, ma quale prassi di miglior favore è applicata a tutti i tipi di prestazioni qualora la prescrizione medica riporti il carattere di urgenza della prestazione richiesta.

ALGIE O SINTOMI

Per le visite specialistiche a fronte di algie/sintomi (ad es: lombosciatalgia, cervicalgia) volte a verificare l'esistenza di una patologia è richiesta la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o la diagnosi). La compagnia si riserva comunque di richiedere documentazione medica integrativa o il referto redatto da medico specialista.

Sono autorizzati/rimborsati gli accertamenti strumentali (radiologici o ecografici) rivolti ad accertare l'origine del sintomo (ad es. RMN per lombosciatalgia). Si ricorda che, in tutti i casi, la prescrizione deve essere stata predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore abbia anche erogato le prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o di relazione contenente la diagnosi.

ASTENIA

Posto che l'astenia (senso di debolezza e affaticamento) è una sintomatologia, che può essere collegata a malattie, ma anche presentarsi in persone sane, per le più svariate ragioni, non sono rimborsabili le spese sanitarie che poggiano sulla sola indicazione di "astenia", in quanto le nostre coperture presuppongono sempre l'indicazione della patologia in essere o del sospetto patologico.

PROCEDURA D'URGENZA

La polizza assicurativa (rif. “glossario”) definisce l’infortunio come “l’evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili”. Pertanto, affinché l’evento sia qualificabile come infortunio ai sensi di polizza devono ricorrere 3 cause concomitanti:

- per “fortuito” si intende: “frutto del caso”, “accidentale, non volontario”, “non prevedibile o inevitabile”;
- per “violento” si intende: “intenso e capace di danneggiare” (sono quindi escluse tutte le degenerazioni lente, come certe infiammazioni e gli sfilacciamenti);
- per “esterno”: deve intendersi una “causa esogena e non interna al proprio corpo (stato patologico preesistente), ovvero un evento provocato da una forza esterna”

L’infortunio deve essere documentato da Certificato di Pronto Soccorso ospedaliero, redatto entro 48 ore dall’evento che è un atto pubblico che fa piena prova delle circostanze in esso riportate.

Tuttavia, la circostanza che nel verbale di Pronto Soccorso sia riportato il termine “infortunio” non determina di per sé l’indennizzabilità del sinistro ai sensi di polizza; per capire se si è in presenza di un infortunio o meno ai sensi di polizza è necessario esaminare quanto riportato sul certificato di Pronto Soccorso e sull’eventuale documentazione medica integrativa.

Le situazioni nelle quali coesistono patologie ed eventi fortuiti, violenti ed esterni devono essere valutate caso per caso, alla luce della documentazione medica presentata.

Si ricorda, infine, che la polizza prevede espressamente casi di esclusione della copertura assicurativa, in caso di infortunio, al ricorrere delle circostanze specificate nell’ambito della sezione (Prestazioni escluse).

Di seguito alcuni esempi di eventi riconducibili alla definizione di infortunio ai sensi di polizza:

- Il certificato di pronto soccorso riporta: "Incidente sciistico con lussazione della spalla sinistra e contusioni"
- In bicicletta, attraverso un incrocio con semaforo verde; dalla strada ortogonale (perpendicolare) giunge un'auto che non rispetta il rosso e mi urta provocandomi una lesione
- Un oggetto mi cade addosso accidentalmente (senza averne provocato la caduta) e mi procura una lesione

Di seguito alcuni esempi di eventi NON riconducibili alla definizione di infortunio ai sensi di polizza:

- Incidente domestico, ma nel certificato del pronto soccorso viene anche specificato: “in estate episodio di lombalgia trattato con deltacortene, settimana scorsa a seguito di sforzo ricomparsa di lombalgia terapizzato con bentelanim. Oggi ricomparsa del dolore mentre stava riducendo assunzione di bentelan”
- Lesione subita per incidente stradale causato da guida in stato di ebbrezza
- Il certificato di pronto soccorso riporta "Lombosciatalgia causata dal sollevamento di una borsa"
- Il certificato di pronto soccorso riporta "algia spalla atraumatica"
- Il certificato di Pronto Soccorso evidenzia che “il dolore lombare si è accentuato mentre scendeva dalla macchina” e che il paziente è “già affetto da ernia del disco L4-L5 sinistra (diagnosticata dalla risonanza magnetica)”; la diagnosi è di lombosciatalgia.

Ad integrazione di quanto già precisato nelle CDA, per **Presidio medico pubblico sostitutivo** si intende una struttura facente parte del Sistema di Emergenza Territoriale (ad esempio: i punti di primo soccorso, e il servizio di continuità assistenziale).

Inoltre, in caso di **incidente stradale** - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato deve inviare il **Modulo CID** (constatazione amichevole) se in suo possesso (è possibile l'invio in un secondo momento) o la **denuncia** inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente.

TELEMEDICINA

Insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari a distanza)

Le visite specialistiche svolte in modalità telemedicina vengono trattate come visite specialistiche in presenza, con applicazione della relativa normativa in termini di regimi applicabili (forma diretta o indiretta), massimali, scoperti, franchigie.

PATOLOGIE PREESISTENTI

Sono coperti dalla polizza: malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della data di decorrenza della copertura.

RICEVUTA FISCALE PAGOPA

La richiesta di rimborso per le prestazioni pagate tramite PagoPa deve essere corredata dalla relativa ricevuta fiscale da cui risulti il codice fiscale del beneficiario della prestazione, numero fattura, data emissione e prestazione effettuata; tale ricevuta dovrà essere richiesta direttamente all'Ente sanitario creditore che eroga la prestazione sanitaria durante l'accettazione o il pagamento (l'Ente creditore è indicato sulla ricevuta di PagoPa). In alternativa, qualora la ricevuta ottenuta non contenga i dati sopra indicati o non venga rilasciata in fase di accettazione o pagamento, si rinvia alla consultazione dei siti internet degli Enti sanitari creditori per le specifiche istruzioni di rilascio della ricevuta fiscale.

Area ricoveri

RICOVERI A TOTALE CARICO DEL SSN CON DIFFERENZA ALBERGHIERA – DIARIA

Per “ **differenza alberghiera**” si intende la spesa aggiuntiva giornaliera pagata dall'Assicurato per usufruire, durante il ricovero eseguito in regime di Servizio Sanitario Nazionale, di prestazioni aggiuntive quali, ad esempio, una stanza riservata, una stanza singola con bagno, una stanza dotata di televisore e la possibilità di letto aggiuntivo.

Qualora l'assicurato presenti la richiesta di indennizzo relativa alla differenza alberghiera, il ricovero verrà gestito e liquidato come ricovero privato: pertanto, la differenza alberghiera ed eventuali spese sostenute pre e post ricovero saranno assoggettate agli scoperti/franchigie previsti per il ricovero privato (escluse in ogni caso le spese voluttuarie come ad es. il televisore). In questo caso, quindi, non sarà erogata l'indennità sostitutiva (diaria) prevista per i ricoveri a totale carico del SSN.

INTERVENTI AMBULATORIALI

Laddove un intervento chirurgico ambulatoriale (intervento di chirurgia senza ricovero) sia immediatamente preceduto da una visita eseguita dal medesimo professionista che esegue l'intervento, tesa a verificare le condizioni del paziente e l'esistenza delle condizioni di procedibilità per l'intervento, questa fa parte dell'intervento ambulatoriale stesso e non può essere liquidata autonomamente.

INTERVENTI AMBULATORIALI IN ENDOPROTESI

La questione attiene principalmente gli interventi per cataratta, che vengono effettuati prevalentemente in regime ambulatoriale, nel corso dei quali può essere inserito un cristallino artificiale (endoprotesi).

In caso di intervento chirurgico in regime di ricovero o day hospital, sono coperte anche le spese per il materiale di intervento, ivi comprese le endoprotesi. Tale previsione, pur non essendo presente nel paragrafo relativo agli interventi ambulatoriali, vale anche per questi.

MAC

Macroattività Ambulatoriale Complessa, le cui attività rappresentano una modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, dove diversi specialisti devono interagire in maniera coordinata. Questo modello organizzativo riguarda attività fino a ieri erogate in Day Hospital e/o in degenza ordinaria ma non sostituisce il regime ambulatoriale classico dove si effettuano singole prestazioni in un contesto non complesso. Le attività della MAC non sono di tipo chirurgico, possono essere prescritte solamente dagli specialisti della struttura in cui vengono effettuate.

La MAC pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario ma che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

I diversi percorsi MAC, nell'ambito del dipartimento medico, possono essere sintetizzati e raggruppati secondo le seguenti indicazioni:

- paziente oncologico in trattamento chemioterapico
- pazienti che necessitano di manovre diagnostiche complesse
- pazienti che necessitano di terapie di supporto

- trattamento dei pazienti con patologie acute e croniche/riacutizzate

In termini liquidativi, la MAC è equiparata ad un DH (Day Hospital) laddove sia esibita: la cartella clinica o la scheda di dimissione ospedaliera o un documento equivalente da cui possa evincersi l'attività svolta in regime di MAC.

PARTO CESAREO SU VOLERE DELLA MADRE

Sotto il profilo liquidativo, il parto cesareo per volere della madre, non conseguente a patologie della madre o del nascituro che lo renderebbero necessario, è rimborsato applicando le meno favorevoli condizioni del parto fisiologico.

DAY SERVICE

Per Day Service si intende una modalità di assistenza alternativa al modello ambulatoriale, effettuata presso Istituti di cura, che non comporta ricovero, nemmeno diurno; è finalizzata alla gestione di casi clinici la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari, anche complesse. Il day service NON è equiparabile al day hospital e non risulta pertanto indennizzabile. Possono essere indennizzate le singole prestazioni effettuate durante il Day Service qualora rientrino nelle relative garanzie di polizza (prestazioni extraospedaliere).

PRESTAZIONI PRE E POST RICOVERO

Le prestazioni pre e post ricovero sono assoggettate alle franchigie/scoperti, ove previsti, qualora questi ultimi non siano stati assorbiti totalmente dall'evento principale, cioè il ricovero, anche in day hospital, o intervento ambulatoriale.

ESEMPIO:

In caso di intervento ambulatoriale in forma indiretta con scoperto: 10% minimo 850€

Costo dell'intervento	500 €
Franchigia applicata	500 €
Franchigia residua non applicata	350 €
Prestazioni post intervento	400 €
Franchigia residua non applicata	350 €
Importo liquidato	50 €

PRESTAZIONE PRE E POST RELATIVE A INTERVENTI PLAFONATI EFFETTUATI IN FORMA DIRETTA

Non essendo prevista alcuna franchigia in caso di intervento plafonato effettuato in forma diretta, le correlate prestazione pre e post (sia in forma diretta che in forma indiretta) non sono assoggettate a franchigia.

INDENNIZZO NEL CASO DI PIU' INTERVENTI PLAFONATI CONCOMITANTI OPPURE DI INTERVENTI ORDINARI CONCOMITANTI CON INTERVENTI PLAFONATI

Nel caso in cui il ricovero preveda più di un intervento chirurgico contenuto nella Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati" delle CDA, la Compagnia corrisponderà l'indennizzo al 100% fino a concorrenza dell'importo plafonato per l'intervento principale (così definito dal chirurgo) e al 70% fino a concorrenza degli importi plafonati relativi agli interventi chirurgici secondari, ferma l'applicazione dello scoperto o franchigia eventualmente previsti.

Di seguito alcuni esempi.

ESEMPLI:

1. Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Costo dell'intervento € 10.000,00

Scoperto 10% min. € 2.500 per ricovero

Prestazione autorizzata € 10.000,00 di cui € 7.500,00 a carico della Compagnia e € 2.500,00 a carico dell'Assicurato

2. Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Costo dell'intervento € 17.000,00

Scoperto 10% min. € 2.500,00 per ricovero

Prestazione indennizzata € 14.000,00 (in quanto sottraendo lo scoperto applicabile l'indennizzo sarebbe stato maggiore al plafond).

3. Primo Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Secondo Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Costo dell'intervento principale € 17.000,00

Costo dell'intervento secondario € 10.000,00

Scoperto 10% min. € 2.500,00 per ricovero (calcolato sull'intero importo) **€ 24.300,00**

Prestazione indennizzata € 14.000,00 per il primo intervento, € 7.000,00 per il secondo

4. Primo Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Secondo Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Costo dell'intervento principale € 10.000,00

Costo dell'intervento secondario € 17.000,00

Scoperto 10% min. € 2.500,00 per ricovero (calcolati sull'intero importo) = **€ 24.300,00**

Prestazione indennizzata € 10.000,00 per il primo intervento, € 11.900,00 per il secondo

5. Primo Intervento ordinario effettuato in regime rimborsuale

Secondo Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Costo dell'intervento principale € 10.000,00

Costo dell'intervento secondario € 17.000,00

Prestazione indennizzata € 10.000,00 per l'intervento ordinario, € 14.000,00 per il plafonato (la regola 100% - 70% vale infatti solamente nel caso di 2 interventi plafonati)

FISIOTERAPIA DOMICILIARE POST RICOVERO

In ottica di maggior favore per gli assicurati, è indennizzata la fisioterapia post ricovero domiciliare (sia in forma diretta che indiretta) nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, certificata da prescrizione del medico specialista.

Area prestazione extraospedaliera

CURE E DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Non sono indennizzabili altre prestazioni al di fuori di quelle contenute nello specifico elenco contenuto nelle CDA.

Gli accertamenti endoscopici non esplicitamente citati nel citato elenco sono indennizzabili all'interno della garanzia "diagnostica ordinaria", anche nel caso in cui venga effettuata una biopsia.

Gli interventi effettuati tramite endoscopia (ad esempio asportazione polipi) sono rimborsati esclusivamente nell'ambito degli "interventi chirurgici ambulatoriali", nei termini ivi previsti.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

Se non diversamente indicato nelle specifiche garanzie, la franchigia o scoperto si applica per EVENTO.

Se la prestazione prevede un ciclo di cure (ad esempio fisioterapia) si considera come evento il ciclo di cure.

Il ciclo di cure deve intendersi come totale delle sedute prescritte/effettuate per singola tipologia di terapia prevista per sede anatomica ed inviate in un'unica soluzione.

ESEMPIO:

Prescrizione: 10 tecarterapia + 10 massoterapia + 10 rieducazioni per entrambi i polsi.

Sono 6 cicli (3 tipologie di fisioterapia x 2 polsi) e ad ogni ciclo viene applicata la franchigia.

Per prestazioni eseguite insieme nella stessa giornata relative a medesima patologia e fatturate in un'unica fattura, è previsto quanto segue in termini di applicazione delle franchigie:

- caso a): per prestazioni previste all'interno della medesima garanzia, sarà applicata una sola franchigia; qualora siano previste franchigie differenziate per tipologia di prestazione sarà applicata la franchigia di maggior favore per l'assistito (es. visita specialistica + ECG rientranti nella stessa garanzia "visite e accertamenti diagnostici - diagnostica ordinaria");
- caso b): per prestazioni che rientrano in garanzie differenti, sarà applicata ad ognuna delle prestazioni la relativa franchigia (es. RMN+ visita specialistica, rientranti rispettivamente nella garanzia "cure e diagnostica di alta specializzazione" e nella garanzia "visite e accertamenti diagnostici - diagnostica ordinaria")

Esclusivamente nel caso a), ai fini della corretta applicazione di una sola franchigia, sarà necessario creare una richiesta di presa in carico diretta oppure di richiesta di rimborso per ciascuna prestazione rispondendo sì all'apposita domanda "La richiesta che hai selezionato fa parte di un piano di cure?" all'interno dell'area riservata (confronta pag. 12 del Manuale operativo).

VISITE DOMICILIARI

Al di là dei casi espressamente previsti (es. post grandi interventi), sono liquidate in tutti i casi in cui l'interessato è impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio (elemento che deve essere certificato dal medico curante o dalla struttura medica che lo aveva in

cura) e nel caso di visite specialistiche in età pediatrica (sino ai 14 anni di età del bambino). Per quanto ovvio, ricordiamo che, come di consueto, la specializzazione del medico che effettua la visita deve essere attinente alla patologia in essere o sospetta.

NEVI E NEOFORMAZIONI CUTANEE

Le visite dermatologiche ed accertamenti diagnostici devono essere supportati da prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o la diagnosi di neo sospetto. Non vengono rimborsate le prestazioni con diagnosi generica di "controllo nevi" o nevi melanocitari

La richiesta di asportazione di un nevo atipico o sospetto dovrà essere supportata da relazione clinica contenente:

- La sede e la descrizione della lesione;
- La natura del sospetto (p.e.: asimmetria, bordi irregolari, colore variegato e disomogeneo, dimensioni superiori a 6 mm ed evoluzione o crescita);
- La modalità della procedura di asportazione (non sono rimborsabili procedure estetiche quali, ad es: diatermocoagulazione, laser o altre procedure estetiche);
- L'indicazione all'esame istologico.

INFILTRAZIONI, ONDE D'URTO FOCALI E TERAPIA SCLEROSANTE O SCLEROTERAPIA

Le infiltrazioni, le onde d'urto focali e la terapia sclerosante o scleroterapia sono considerati atti medici e vengono pertanto liquidati ai sensi della garanzia "Visite specialistiche"; pertanto, ai fini dell'indennizzo, l'assicurato deve indicare il medico che ha effettuato la prestazione.

È indennizzabile la sola prestazione del medico e non gli eventuali farmaci utilizzati.

Per le prestazioni in oggetto è prevista una franchigia per ciclo di cura.

Si precisa che:

- le Onde Urto (sia RADIALI che FOCALI) sono indennizzabili nella garanzia FISIOTERAPIA e non è necessario indicare il nome del medico che le effettua;

Si precisa che in assenza di indicazione in merito alla tipologia di Onde Urto, le medesime saranno indennizzabili nella garanzia FISIOTERAPIA.

TEST GENETICI PRENATALI SU DNA FETALE: PRENATAL SAFE

Consiste in un prelievo di sangue materno nel quale va ricercato ed analizzato direttamente il DNA fetale circolante. Con questo test, la cui accuratezza è del 99%, è possibile individuare le principali anomalie cromosomiche: sindrome di Down (cromosoma 21), sindrome di Edwards (cromosoma 18), sindrome di Patau (cromosoma 13), nonché le anomalie riferite ai cromosomi X e Y. Inoltre, è possibile individuare il sesso fetale.

Rappresenta una validissima alternativa nelle gravidanze in cui una diagnosi invasiva è controindicata per il rischio di aborto spontaneo; al contrario, in casi specifici in cui è necessario ricercare l'eventuale presenza di malattie genetiche ereditarie, resta necessario ricorrere ad esami invasivi quali amniocentesi e villocentesi, che restano raccomandati anche quando l'età della gestante è superiore a 35 anni.

In termini liquidativi, fermo quanto previsto dalle CDA, a maggior chiarimento, la garanzia viene riconosciuta nei seguenti casi:

- sospetta malformazione del feto;
- la madre assicurata abbia una patologia che impedisce test più invasivi.

In assenza di patologia in essere o sospetta, viene comunque accettata l'indicazione "ricerca di alterazioni cromosomiche", ove supportata da elementi oggettivi di evidenza di rischio potenziale: deve pertanto essere indicata l'anamnesi dei genitori, che deve essere coerente con il test richiesto.

CURE ONCOLOGICHE E FOLLOW UP

In caso di cure oncologiche occorre prioritariamente distinguere se le medesime avvengono in regime di ricovero (compreso il regime di Day hospital) oppure in forma di prestazioni extraospedaliere.

In caso di ricovero (anche in regime di Day hospital) verranno applicate le condizioni previste per la specifica tipologia di ricovero, ivi compreso il rimborso di eventuali spese pre e post.

Qualora le cure oncologiche siano conseguenza di un precedente ricovero (con o senza intervento chirurgico) e vengano effettuate nei 100 giorni successivi a tale ricovero, le medesime verranno trattate come post ricovero anche se eseguite in regime di Day Hospital.

Superato il limite dei 100 gg previsti per le spese post ricovero, qualora le cure oncologiche siano da effettuarsi in regime di Day Hospital in più sedute, verrà considerato come unico evento, solo il ciclo di cure espressamente evidenziato in un'unica

cartella clinica con indicazione del numero di sedute effettuate, con applicazione di un'unica franchigia relativa alla garanzia Day hospital.

Se la prestazione oncologica (es. chemioterapia) viene effettuata presso una struttura sanitaria convenzionata ma non risulta tra le prestazioni in convenzione, non può essere autorizzata in forma diretta: in questo caso, ne può essere chiesto esclusivamente il rimborso.

Invece, in caso di prestazioni oncologiche effettuate come extraospedaliere si procederà a riconoscerle nella specifica garanzia 'Cure oncologiche', senza applicazione di scoperti e franchigie, fino ad esaurimento del massimale relativo; successivamente, le ulteriori spese sostenute per la medesima tipologia di prestazioni saranno riconosciute – se previste - nelle garanzie di alta diagnostica, diagnostica ordinaria e visite specialistiche, con applicazione delle relative regole liquidative.

La garanzia CURE ONCOLOGICHE è utilizzabile in caso di patologia oncologica IN ATTO (comprese le recidive).

Per le visite specialistiche di follow up oncologico - previste nelle CDA per un periodo massimo di 10 anni dalla data di insorgenza della patologia - è richiesto il codice di esenzione 048 in corso di validità oppure, in mancanza, documentazione medica da cui si evinca la data di prima diagnosi della patologia oncologia (es. referto esame istologico).

La stessa documentazione è richiesta anche nel caso di accertamenti diagnostici per follow up oncologici che sono indennizzabili ai sensi delle garanzie "Cure e diagnostica di alta specializzazione" e "Diagnostica ordinaria".

PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

Sono rimborsabili le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguite da medico specializzato nel campo in oggetto, ovvero da medico che sia anche fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, ovvero da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia purché le prestazioni siano, in quest'ultimo caso, effettuate presso centri medici.

In altre parole:

- le prestazioni fisioterapiche eseguite da medico specializzato sono rimborsabili anche se non sono rese presso centri medici
- le prestazioni fisioterapiche eseguite da fisioterapista sono rimborsabili solo se rese presso centri medici dotati di direzione sanitaria (posti dunque sotto il governo di un medico).

Costituisce eccezione a quest'ultimo principio il caso di prestazione a domicilio, secondo la disposizione seguente: "Nei soli casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo."

In altre parole, in caso di documentata impossibilità (sulla base di preventiva dichiarazione medica emessa da medico diverso da colui che eroga la prestazione) di recarsi presso un centro medico, sarà consentito il rimborso della prestazione resa da un fisioterapista.

Rientrano nella garanzia le prestazioni fisioterapiche di mantenimento, purché correlate alle patologie previste dalla garanzia medesima.

Ad integrazione di quanto previsto dalle CDA, di seguito si fornisce un elenco esemplificativo e non esaustivo delle patologie per le quali è prevista l'indennizzabilità delle prestazioni fisioterapiche:

- **forme neurologiche degenerative e omeoplastiche:** sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e tutte le forme neurologiche croniche dovute a processi degenerativi a carico del sistema nervoso centrale (ad esempio morbo di Parkinson, malattia di Huntington, atassia di Friedreich);
- **forme neuromiopatiche:** forme morbose miste a carico del sistema neuromuscolare (ad esempio distrofie muscolari (Distrofia Muscolare di Duchenne e la Distrofia Muscolare di Becker), distrofie miotoniche (malattia di Steinert) ed atrofia muscolare spinale).

LASERTERAPIA

Posto che la laserterapia presenta diversi campi di applicazione, comprendenti sia la fisioterapia, che trattamenti in ambito dermatologico che alcuni interventi chirurgici, laddove la laserterapia intervenga per eliminare/ridurre la persistenza di dolore a seguito di intervento chirurgico in esiti di frattura, si è convenuto di essere in presenza di uno stato patologico "in forma acuta".

LASERTERAPIA RIABILITATIVA PER PATOLOGIE ACUTE

In ottica di maggior favore per gli assicurati, la franchigia per prestazioni in forma diretta viene applicata per ciclo di cura.

Per ciclo di cura deve intendersi come totale delle sedute prescritte/effettuate per singola tipologia di terapia prevista per sede anatomica ed inviate in un'unica soluzione.

LOGOPEDIA

In ottica di maggior favore per l'assicurato, è previsto quanto segue:

- è indennizzabile la logopedia richiesta a seguito di patologie mentali;
- sono rimborsabili le fatture emesse da logopedista regolarmente abilitato;
- in caso di prestazione in forma diretta, la franchigia viene applicata per ciclo di cura.

DSA

In ottica di maggior favore per l'assicurato, è previsto quanto segue:

- sono rimborsabili le fatture emesse da professionista regolarmente abilitato;
- in caso di prestazione in forma diretta la franchigia viene applicata per ciclo di cura.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (visite pediatriche)

Si precisa che sono indennizzabili tutte le visite effettuate da pediatra (specializzato o di base) effettuate a seguito di PATOLOGIA (non per controllo); pertanto, è necessaria la prescrizione medica con indicazione della diagnosi o del quesito diagnostico oppure, nel caso di forma indiretta, il referto della visita con indicazione della diagnosi

PSICOTERAPIA

La prescrizione per la PSICOTERAPIA può essere emessa da medico/pediatra di base oppure da medico specialista in psichiatria, neuropsichiatria, specialista in psicologia medica oppure oncologia.

Il medico che rilascia la prescrizione non può essere lo stesso che effettua la prestazione.

La prestazione può essere eseguita e fatturata solo da uno psicoterapeuta/analista o da un medico specialista nella branca (quindi non da psicologo che non sia psicoterapeuta o da altri professionisti come, ad esempio, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva). La Compagnia, ai fini dell'indennizzabilità della prestazione, si riserva pertanto la facoltà di verificare la specializzazione e l'iscrizione all'albo del professionista, se non indicato nella documentazione trasmessa dall'assicurato (ad esempio sulla fattura).

Sono indennizzabili i colloqui, i cicli di incontri, la terapia psicoterapica, i colloqui psicologici, il colloquio anamnestico, ecc., purché eseguiti dalle figure professionali sopra indicate.

Rientrano nella garanzia e nel relativo massimale anche le visite specialistiche ulteriori rispetto all'iniziale accertamento della patologia. La visita specialistica deve però essere eseguita da medico specialista (ad esempio dallo psichiatra/neuropsichiatra) e non da uno psicologo che sia anche psicoterapeuta (in quanto tale professionista non è un medico). La fattura presentata dall'assicurato deve necessariamente riportare la dicitura "visita specialistica".

MALATTIE MENTALI

Sono rimborsabili le visite specialistiche (anche più di una) e gli accertamenti diagnostici effettuati per accertare lo stato patologico dell'assistito (malattia mentale/psichiatrica) e supportate da prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o la diagnosi. La compagnia si riserva comunque di richiedere documentazione medica integrativa o il referto redatto da medico specialista.

Laddove la malattia psichiatrica sia già stata accertata, non ne sia in discussione la natura/ le caratteristiche, e ci si trovi in presenza di mere visite di "controllo" (es: verifica dosaggio farmaci), nulla dovrebbe essere a rigore rimborsato. Tuttavia, in presenza di una specifica garanzia di "psicoterapia" (letteralmente terapia di cura di malattie psichiche), vengono rimborsate nell'ambito della garanzia specifica per la psicoterapia anche le visite specialistiche ulteriori rispetto all'iniziale accertamento della patologia, in ottica di maggior favore.

AGOPUNTURA

Le prestazioni di agopuntura, qualora previste in copertura, sono indennizzabili se prescritte da medico ASL o medico specialista e praticate da medico abilitato all'agopuntura. L'abilitazione all'agopuntura deve risultare dalla documentazione inviata dall'assicurato (ad esempio dalla fattura); in caso contrario la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere il diploma in agopuntura.

PLANTARI

Per i soli assistiti con copertura Extra sono rimborsabili le spese sostenute per i plantari fatti su misura in centri specializzati e dietro presentazione di certificato medico e documentazione tecnica; non sono rimborsabili quelle per le calzature a plantare.

Area prestazioni aggiuntive

PROCREAZIONE MEDICALE ASSISTITA

Ad integrazione delle CDA, si precisa che sono indennizzabili:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della Procreazione Medicalmente Assistita (ad esempio il prelievo degli ovociti, omologhe ed eterologhe, di I livello – inseminazione semplice – e di II e III livello – FIVET, GIFT, ICSI. In linea generale si ritengono indennizzabili tutte le prestazioni mediche e chirurgiche riferite alla fase operativa della procedura di PMA);

ASSISTENZA POST- PARTO

Entro 6 mesi dal parto avvenuto nel periodo di copertura è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori (visita angiologica/chirurgia vascolare) al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori. Non sono indennizzabili gli eventuali accertamenti diagnostici.

Area prevenzione

CONTROLLO NUTRIZIONALE + DIETA

Nel caso in cui la prestazione venga effettuata in parte con la forma diretta (es. consulto nutrizionale) e in parte con la forma indiretta (es. dieta) si applicano le condizioni previste dalle CDA per il tipo di regime utilizzato.