

**ESTRATTO DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA
DEL GRUPPO UNICREDIT S.p.A.**

La rispettabile Unica - Cassa di Assistenza con sede in via S. Protaso, 1 20121 Milano (di seguito denominata Contraente) ha stipulato con la Compagnia di Assicurazione Allianz Spa coassicuratrice delegataria, con sede legale in Largo Ugo Imeri, 1 – 34123, Trieste (di seguito denominata Società), un contratto collettivo – a favore del personale in quiescenza (di seguito denominato Assicurato) e relativo nucleo familiare (come individuato all'Art. "Persone assicurabili" delle Condizioni di Assicurazione, per il rimborso delle spese sanitarie alle condizioni di seguito riportate.

Piano Sanitario Nuova Standard

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Società	L'Impresa coassicuratrice delegataria Allianz Spa e l'Impresa coassicuratrice condelegataria Assicurazioni Generali Spa ;
Contraente	Uni.C.A. Cassa Assitenza, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari;
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione;
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione;
Assicurazione	Il contratto di assicurazione;
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società;
Indennizzo o indennità	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro, per il tramite della Contraente;
Struttura sanitaria	Ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera;
Struttura sanitaria convenzionata	Ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera - come sopra definita - rientrante nel servizio convenzionato con pagamento diretto della prestazione da parte della Società alla Struttura sanitaria;
Équipe operatoria	Il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento;
Équipe operatoria convenzionata	Ogni équipe operatoria - come sopra definita - rientrante nel servizio convenzionato con pagamento diretto della prestazione da parte della Società alla Struttura sanitaria;
Assistenza Infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma;
Ricovero	La degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria;
Day Hospital	Il ricovero in Istituto di cura che si esaurisce in giornata a seguito di terapie mediche o prestazioni chirurgiche;
Intervento chirurgico ambulatoriale	L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero;
Ricoveri in regime totale di Convenzionamento diretto	Il ricovero effettuato in Strutture sanitarie convenzionate e, nel caso comporti un intervento chirurgico, lo stesso sia effettuato da equipe operatoria convenzionata. In questo caso le prestazioni sostenute verranno pagate direttamente dalla Società, al netto di eventuali franchigie o scoperti che rimangono in carico all'Assicurato.
Ricoveri non in regime totale di Convenzionamento diretto	Il ricovero effettuato in Strutture sanitarie non convenzionate, oppure effettuato in Strutture sanitarie convenzionate e che comporti un intervento chirurgico, effettuato da equipe operatoria non convenzionata. In questo caso le prestazioni sostenute verranno pagate in forma "a rimborso" dalla Società, al netto di eventuali franchigie o scoperti che rimangono in carico all'Assicurato.
Plafond	importo massimo indennizzabile dalla Società, in caso di intervento chirurgico riportato nella Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati"
Franchigia	Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato.

	Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato per il tramite della Contraente;
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato;
Ingessatura	Mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente;
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive;
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare così come definito all'art. "Persone assicurabili".

1 CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società stessa e risultanti dai documenti contrattuali.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insolte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 1.2 – Durata del contratto

Il presente contratto ha la durata di due anni dalla data di decorrenza; lo stesso s'intende in ogni caso cessato alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Art. 1.3 – Forme di comunicazione - Modifiche dell'Assicurazione: Inclusioni / Esclusioni

Tutte le comunicazioni del Contraente rivolte alla Società devono essere effettuate con lettera raccomandata o telefax.

Art. 1.4 – Adesione alla copertura - Variazione degli Assicurati

L'assicurazione è prestata per gli assicurati che la Contraente dovrà indicare entro il 13 aprile 2012 .

Trascorsi tali termini non saranno possibili ulteriori inclusioni di assicurati, salve le eccezioni di seguito indicate.

1) Inclusione in corso d'anno

L'inclusione successiva alle date sopraindicate è permessa solamente nei seguenti casi:

- a) nascita, adozione o affidamento di un figlio;
- b) matrimonio;
- c) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare;
- d) esclusione di un familiare da altra copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro.

In tali casi, l'assicurazione è operante dalle ore 24 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purchè comunicata alla Società entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Società.

2) Cessazione della copertura in corso d'anno

La cessazione della copertura prima della sua naturale scadenza del 31.12.2013, è possibile solamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) decesso;
- b) divorzio per il coniuge del dipendente;
- c) venir meno della convivenza per il convivente more uxorio e/o il familiare fiscalmente non a carico;
- d) adesione di un familiare ad una copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro;
- e) raggiungimento dell'85° anno di età, salva la possibilità di rinnovare la copertura nei termini previsti dall'Art. "Limite di età".

Nei casi ai punti b), c), d), e) l'assicurazione cesserà la sua validità alla prima scadenza annuale successiva al verificarsi dell'evento.

Nel caso di decesso del titolare, gli eventuali familiari assicurati rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annuale successiva all'evento.

Per tutti i casi sopramenzionati, non si procederà ad alcun rimborso del premio.

3) Variazione della copertura in corso d'anno

Possono verificarsi durante la validità della copertura, le seguenti variazioni.

a) Modifica del carico fiscale di coniuge o figlio del titolare:

- nel caso di acquisizione del carico fiscale in corso d'anno, il relativo premio è dovuto per tutto l'anno in cui si è verificata la variazione. A partire dal 1 gennaio dell'anno successivo, la Contraente dovrà comunicare alla Società la predetta variazione anagrafica, con conseguente revisione del premio complessivo da versare per la nuova annualità;
- nel caso di perdita del carico fiscale in corso d'anno, il relativo premio è dovuto a partire dal 1 gennaio dell'anno successivo a quello della variazione anagrafica.

Art. 1.5 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.6 - Rinvio alla legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

Resta inteso che qualora dovessero intervenire modifiche legislative tali da dover modificare le condizioni contrattuali, le Parti si riuniranno per definire i nuovi termini di assicurazione.

2 NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

Art. 2.1 – Persone assicurabili

L'Assicurazione è prestata a favore del personale in servizio con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit, purché detto personale sia iscritto a Uni.C.A.

La copertura assicurativa opera anche nei confronti dei familiari di seguito specificati:

- in via automatica, per il coniuge e i figli fiscalmente a carico;
- con versamento del relativo premio per:
 - 1) il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente "more uxorio" (quest'ultimo purché risultante dallo stato di famiglia);
 - 2) i figli non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia;
 - 3) i figli fiscalmente non a carico e non conviventi, di età non superiore a 35 anni, non coniugati e non conviventi more uxorio;

Nei casi 1), 2) e 3) l'inclusione dovrà riguardare tutti i soggetti risultanti dallo stato di famiglia (salvo i soggetti già fruitori di altra forma di assistenza sanitaria predisposta dal proprio datore di lavoro per i quali venga chiesta l'esenzione dal predetto obbligo).

Il coniuge, anche legalmente ed effettivamente separato, può essere sempre incluso in garanzia, pur se con domicilio e/o residenza diversi dal titolare.

Nel caso in cui gli Assicurati aderiscano alla presente assicurazione nel corso della durata del contratto - purché espressamente consentito dalle Condizioni di Assicurazione (ad esempio: matrimonio, nuove nascite, ecc.), è operante il massimale annuo previsto per ciascun nucleo familiare.

L'Assicurazione è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assicurato;
- senza limitazioni territoriali;
- sino al termine dell'annualità (31 dicembre) in cui è avvenuto il compimento del 85° anno di età dell'Assicurato, salvo quanto stabilito dall'Art. "Limite di età".

Art. 2.2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società garantisce le prestazioni di seguito indicate, purché conseguenti ad infortunio, malattia o parto, indennizzabili a termini di contratto.

Art. 2.3 – AREA RICOVERI

La Società garantisce il pagamento diretto o il rimborso delle prestazioni di seguito indicate, fino a concorrenza della somma complessiva di euro 150.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo. Ferma l'applicazione di eventuali scoperti o franchigie previsti dalle singole prestazioni.

Il predetto massimale s'intende elevato ad euro 300.000,00 nei soli casi di interventi chirurgici riportati nell'elenco "Grandi interventi chirurgici" che segue.

Inoltre, la Società, in caso di intervento chirurgico riportato nella specifica Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", rimborsa le spese ivi sostenute fino a concorrenza delle somme indicate nella predetta Tabella, previa applicazione dello scoperto o franchigia eventualmente previsti.

I sottolimiti di rimborso di cui alla Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", sono riferiti, esclusivamente, alle spese sostenute durante il periodo di ricovero comportante l'intervento chirurgico. Gli eventuali scoperti o franchigie previsti per le singole prestazioni saranno applicati una sola volta sull'ammontare complessivo delle spese sostenute per il

ricovero con intervento chirurgico, considerando tali: la spesa sostenuta per il ricovero, e le eventuali prestazioni sanitarie sostenute precedentemente e successivamente l'intervento chirurgico nei termini previsti dal presente Art. "Area ricoveri".

Nel caso in cui il ricovero contempli più di un intervento chirurgico individuabile nella Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", la Società 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.

A- PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI EFFETTUATI IN ISTITUTO DI CURA

- 1) In caso di **ricovero che comporti intervento chirurgico**, vengono rimborsate le spese relative a:
 - 1.1 onorari équipe medica, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, relativi al periodo di ricovero che comporti intervento chirurgico;
 - 1.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
 - 1.3 rette di degenza:
 - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
 - fino a concorrenza di euro 300,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta.Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;
 - 1.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti il ricovero;
 - 1.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
 - 1.6 trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
 - 1.7 assistenza infermieristica privata individuale;
 - 1.8 nel caso di trapianto, si intendono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.

- 2) In caso di **ricovero che non comporti intervento chirurgico**, vengono rimborsate le spese relative a:
 - 2.1 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
 - 2.2 rette di degenza:
 - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
 - fino a concorrenza di euro 300,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta.

- Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;
- 2.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti il ricovero;
 - 2.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
 - 2.5 assistenza infermieristica privata individuale, fino a concorrenza di euro 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento, in caso di ricovero senza intervento chirurgico.
- 3) In caso di **ricovero in regime di Day Hospital che comporti intervento chirurgico**, vengono rimborsate le spese relative a:
- 3.1 onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
 - 3.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
 - 3.3 rette di degenza:
 - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
 - fino a concorrenza di euro 250,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta.Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;
 - 3.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti il ricovero;
 - 3.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
 - 3.6 trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
 - 3.7 assistenza infermieristica privata individuale.
- 4) In caso di **ricovero in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico**, vengono rimborsate le spese relative a:
- 4.1 l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
 - 4.2 rette di degenza
 - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
 - fino a concorrenza di euro 250,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta.Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;
 - 4.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti il ricovero;
 - 4.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

- 5) In caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, vengono rimborsate le spese relative a:
- 5.1 gli onorari équipe, gli eventuali diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
 - 5.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;
 - 5.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti l'intervento;
 - 5.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100gg. successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento stesso;
 - 5.5 trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120gg. successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento stesso;

- 6) In caso di **parto cesareo/aborto terapeutico**, vengono rimborsate le spese relative a:
- 6.1 onorari équipe, i diritti di sala parto, il materiale di intervento;
 - 6.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
 - 6.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
 - 6.4 retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato). Le prestazioni vengono rimborsate nel sub-limite di euro 1.000,00 per anno e per nucleo;
 - 6.5 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti il ricovero;
 - 6.6 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
 - 6.7 trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

Le spese di cui ai punti 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4 vengono rimborsate nel limite massimo di euro 6.000,00 per nucleo e per anno.

- 7) In caso di **parto fisiologico**, vengono rimborsate le spese relative a:
- 7.1 onorari équipe, i diritti di sala parto;
 - 7.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
 - 7.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
 - 7.4 retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato). Le prestazioni vengono rimborsate nel sub-limite di euro 1.000,00 per nucleo e per anno;
 - 7.5 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 gg. precedenti il ricovero;
 - 7.6 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, effettuate nei 100gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal parto.

Le spese di cui ai punti 7.1, 7.2, 7.3 e 7.4 vengono rimborsate nel limite massimo di euro 3.000,00 per nucleo e per anno.

- 8) In caso di **intervento chirurgico odontoiatrico** (osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radicolari, adamantinoma e odontoma), vengono rimborsate le spese relative a:
- 8.1 onorari medico specialista, implantologia dentale, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto relativo all'intervento;
 - 8.2 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti l'intervento;
 - 8.3 rette di degenza:
 - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di euro 300,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta (l'importo si riduce a euro 250,00 giornalieri, in caso di ricovero in regime di Day Hospital). Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie.

8.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, effettuate nei 100gg. successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui ai punti 8.1, 8.2, 8.3 e 8.4, vengono rimborsate nel limite massimo di euro 10.000,00 per nucleo e per anno .

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

9) In caso di **miopia** con differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie (purchè non causato da precedente intervento correttivo) o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie, vengono rimborsate le spese relative a:

9.1 intervento di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;

9.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

9.3 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di euro 300,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta (euro 250,00 giornalieri in caso di ricovero in regime di Day Hospital);

Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

9.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti l'intervento;

9.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuate nei 100gg. successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

B- SCOPERTO

Il pagamento delle spese di cui alla precedente lett. A avviene con le seguenti modalità.

• Ricoveri effettuati in totale regime di convenzione

Le spese relative alle prestazioni sostenute durante il ricovero vengono corrisposte dalla Società direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata, fatta eccezione per le franchigie sotto indicate che vengono versate dall'Assicurato alla Struttura sanitaria stesso:

lett. A punti 1), 2), 3), 4), 8) e 9): applicazione di una franchigia di euro 200,00 per ricovero;

lett. A punto 5): applicazione di una franchigia di euro 100,00 per evento;

lett. A punti 6) e 7): non viene applicata alcuna franchigia.

Le franchigie sopra indicate, ove previste, si applicano anche alle prestazioni sanitarie precedenti e successive al ricovero, nel caso in cui non siano effettuate in regime di convenzione diretta.

Nessuna franchigia viene applicata in caso di intervento chirurgico compreso nell'elenco "Elenco grandi interventi chirurgici". Tuttavia nel caso in cui i predetti interventi chirurgici siano effettuati nelle strutture sanitarie indicate nell'elenco "Cliniche Top" di seguito riportate, sono operante gli scoperti e/o franchigie sopramenzionati.

• Ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione

Le spese relative alle prestazioni sostenute durante il ricovero vengono rimborsate dalla Società all'Assicurato, fatta eccezione per gli scoperti sotto indicati che restano a carico dell'Assicurato stesso:

lett. A punto 1) e 2): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di euro 1.500,00 per ricovero;

lett. A punto 3), 4) e 9): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di euro 1.000,00 per ricovero;

lett. A punto 5): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di euro 500,00 per intervento;

lett. A punti 6) e 7): non viene applicato alcuno scoperto;

lett. A punto 8): applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di euro 1.000,00 per intervento chirurgico odontoiatrico.

Nessuna franchigia viene applicata in caso di intervento chirurgico compreso nell'elenco "Elenco grandi interventi chirurgici". Tuttavia nel caso in cui i predetti interventi chirurgici siano effettuati nelle strutture sanitarie indicate nell'elenco "Cliniche Top" di seguito riportato, sono operante gli scoperti e/o franchigie sopramenzionati.

C- SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Con riferimento al solo ricovero, qualora le prestazioni disciplinate nella precedente lett. A (fatta eccezione per quelle di cui al punto 5) siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale quello comprendente il pernottamento) pari a:

- Euro 80,00 giornalieri per i ricoveri con intervento chirurgico;
- Euro 60,00 giornalieri per i ricoveri senza intervento chirurgico;
- Euro 100,00 giornalieri in caso di grande intervento chirurgico (indicato nell'apposito elenco).

Inoltre, nei casi di ricovero in regime di Day Hospital di cui alla precedente lett. A, punti 3), 4), 8) e 9) viene corrisposta un'indennità sostitutiva pari a:

- Euro 40,00 giornalieri per i ricoveri con intervento chirurgico;
- Euro 30,00 giornalieri per i ricoveri senza intervento chirurgico.

Le indennità giornaliere di cui al presente paragrafo sono corrisposte nel limite massimo di 180 giorni per persona e per anno.

La Società rimborserà in ogni caso le prestazioni sostenute precedentemente e successivamente il ricovero – indennizzabili a termini di contratto - nel rispetto di quanto disposto alla precedente lettera A, punti 1), 2), 3), 4), 6), 7), 8) e 9), senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Qualora il ricovero avvenga in regime di intramoenia le spese sostenute vengono rimborsate secondo quanto indicato alla lett. A, con l'applicazione degli eventuali scoperti di cui alla precedente lett. B.

D- ACCOMPAGNATORE

Con riferimento alle prestazioni di cui alla lett. A, punti 1), 2), 3), 4), 5) 6) e 7), vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera e le spese di trasporto per un accompagnatore dell'Assicurato, con il limite giornaliero di euro 60,00 (IVA compresa) e con un massimo di 30gg per nucleo e per anno.

E- TRASPORTO SANITARIO

Sono rimborsate le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto anche non sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero. In quest'ultimo caso, qualora venga utilizzata un'auto propria, sono rimborsate le spese sostenute per pedaggi e consumo di carburante contro presentazione dei relativi giustificativi di spesa.

Il rimborso delle spese sostenute a questo titolo avviene entro il limite di euro 2.000,00 per nucleo e per anno.

La presente prestazione è rimborsata limitatamente ai casi disciplinati alle precedenti lett. A (esclusi i punti 5), 8) 9) e C.

Art. 2.4 – AREA PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE SPECIALISTICHE E/O AMBULATORIALI

A- CURE E DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa, entro il limite massimo di euro 5.000,00 per nucleo e per anno, le prestazioni di “alta specializzazione” di cui al seguente elenco.

Diagnostica di Alta specializzazione

- Amniocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia

Terapie

- Alcoolizzazione
- Dialisi
- Laserterapia (esclusa se effettuata a fini chirurgici e riabilitativi; per quest'ultimi, è comunque compresa quella effettuata per patologie in forma acuta entro il limite massimo di 18 sedute)

Accertamenti endoscopici

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosocopia
- Rettoscopia

La presente garanzia è operante anche nel caso in cui l'accertamento endoscopico richieda, contestualmente – a completamento dell'analisi – prelievo bioptico.

Mentre gli interventi effettuati tramite endoscopia saranno rimborsati esclusivamente nell'ambito e nei termini previsti per gli "interventi chirurgici ambulatoriali".

B- DIAGNOSTICA ORDINARIA E VISITE SPECIALISTICHE

La Società rimborsa inoltre fino a concorrenza di euro 3.000,00 per nucleo e per anno:

1. analisi ed esami diagnostici, con esclusione di quelli elencati alla lett. A del presente Art. "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali" e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio. In quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purchè conseguenti ad infortunio, documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero e lo stesso sia occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione dell'accertamento;
2. onorari medici per visite specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche di controllo e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio. In quest'ultimo caso, le predette visite vengono rimborsate purchè conseguenti ad infortunio, documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero e lo stesso sia occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della visita.

Ai fini del rimborso delle visite specialistiche soprariportate, tali prestazioni devono essere effettuate da medico con specializzazione attinente alla patologia denunciata.

Le prestazioni di cui alle precedenti lett. A e B vengono rimborsate con applicazione di:

- una franchigia di euro 30,00 per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e purchè relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto 20% con il minimo di euro 60,00 per visita (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se non effettuate in strutture sanitarie convenzionate.

C- CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa, fino a concorrenza di euro 10.000,00 per nucleo e per anno, le prestazioni legate a patologie oncologiche sostenute per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- chemioterapia;
- radioterapia;
- altre terapie finalizzate alle cure oncologiche;
- visite specialistiche.

Ai fini del rimborso delle terapie e visite specialistiche soprariportate, tali prestazioni devono essere effettuate da medico con specializzazione attinente alla patologia denunciata.

Qualora le suindicate prestazioni siano contemplate anche nelle precedenti lett. A e B del presente art. "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali", in caso di rimborso delle prestazioni, si procederà - in primo luogo – ad erogare il massimale previsto per la presente garanzia "Cure oncologiche". Ad esaurimento del predetto massimale, verrà utilizzato quello previsto per le suddette lett. A e B.

D- PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

La Società rimborsa, fino a concorrenza di euro 700,00 per nucleo e per anno, le spese sostenute per fisioterapia - effettuata da medico specialista o da fisioterapista diplomato - a seguito di:

- Infortunio, documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della prestazione fisioterapica;
- ictus cerebrale;
- neoplasie;
- forme neurologiche degenerative e omeoplastiche; a titolo esemplificativo: sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e tutte le forme neurologiche croniche dovute a processi degenerativi a carico del sistema nervoso centrale.
- forme neuromiopatiche: forme morbose miste a carico del sistema neuromuscolare;
- interventi cardiocirurgici, di chirurgia toracica e amputazione di arti.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con l'applicazione di:

- una franchigia di euro 40,00 per ogni ciclo di cura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto del 20% con il minimo di euro 60,00 per ogni ciclo di cura, se non effettuate in strutture sanitarie convenzionate.

Al fine dell'applicazione di un unico scoperto o franchigia, la richiesta di rimborso dovrà essere presentata dall'Assicurato al termine del ciclo di cura.

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le terapie effettuate in centri fitness o estetici).

E- LOGOPEDIA

La Società rimborsa, fino a concorrenza di euro 1.000,00 per nucleo e per anno, le spese sostenute per logopedia a seguito di infortunio (documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della logopedia) o di malattia, purchè effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con applicazioni di:

- una franchigia di euro 40,00 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto del 20% con il minimo di euro 60,00 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie non convenzionate.

F- PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa, fino a concorrenza di euro 3.000,00 per nucleo e per anno, le spese per acquisto, riparazione e sostituzione di protesi ortopediche ed acustiche.

G- CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società, rimborsa fino a concorrenza di euro 4.000,00 per nucleo e per anno, le spese per cure dentarie effettuate in ambulatorio, rese necessarie da infortunio (documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione delle cure).

H- TICKET (Servizio Sanitario Nazionale)

La Società rimborsa integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto) le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nel presente documento, entro i limiti massimi previsti per ogni singola prestazione.

La Società rimborsa i ticket sulla base della normativa disposta dal Servizio Sanitario Nazionale ed in vigore fino al 31 dicembre 2011. Eventuali aggiornamenti dei valori dei Ticket stessi, così pure l'introduzione di nuovi ticket intervenuti successivamente al 31 dicembre 2011, non saranno rimborsati dalla Società, salvo eventuale specifico accordo tra le Parti.

A- PRESTAZIONI IN PRONTO SOCCORSO

La Società, rimborsa, fino a concorrenza di euro 1.000,00 per evento e per anno, le spese sostenute per prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio che non abbiano comportato ricovero.

Il rimborso comprende le spese sostenute per le seguenti prestazioni (purchè prescritte dal Pronto Soccorso): applicazione e rimozione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali e trasporto.

B- CURA TOSSICODIPENDENTI

A titolo di contributo a fronte di spese sostenute per il recupero da tossicodipendenza presso comunità terapeutiche convenzionate ASL, la Società corrisponde una somma pari a euro 3.000,00 per persona e per anno, fino a concorrenza di euro 30.000,00 annui complessivi per la totalità degli Assicurati con la presente polizza.

Il rimborso relativo alla presente garanzia viene effettuato in un'unica soluzione al termine dell'annualità assicurativa.

Il termine per la presentazione di richieste di rimborso relative alla presente prestazione si intende fissato al 31 gennaio di ogni anno successivo a quello nel quale è stata sostenuta la spesa per la quale si chiede il rimborso medesimo. Qualora la somma complessiva delle richieste superi il limite annuo sopraindicato, l'importo di euro 30.000,00 verrà ripartito proporzionalmente fra coloro che abbiano presentato richiesta.

Eventuali richieste che venissero presentate successivamente al 31 gennaio, se rimborsabili e previa verifica della disponibilità, verranno rimborsate nell'ambito del massimale della successiva annualità.

C- ANTICIPO SPESE SANITARIE

Nei casi di ricovero per Grande Intervento chirurgico (indicato nell'apposito elenco di seguito riportato) effettuato non in totale regime di convenzione diretta, viene corrisposto, su richiesta dell'Assicurato per il tramite della Contraente, un importo nella misura massima del 50% delle spese da sostenere e, comunque, entro il 50% del massimale ricovero previsto, fermo il conguaglio a cure ultimate.

Il Contraente, unitamente alla richiesta di corresponsione dell'anticipo, dovrà produrre idonea documentazione medica ai fini della valutazione dell'operatività della copertura assistenziale.

D- ASSISTENZA INFERMIERISTICA

La Società, rimborsa fino a concorrenza di euro 50,00 al giorno per un massimo di 90 gg. per nucleo e per anno, le spese sostenute per l'assistenza medica ed infermieristica a domicilio qualora resa necessaria da malattia terminale comprovata da idonea certificazione medica e/o ospedaliera.

E- RIMPATRIO SALMA

La Società rimborsa fino a concorrenza di euro 2.000,00 per evento, le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato a seguito di ricovero (anche in regime di day hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico.

Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

Art. 2.6 – PRESTAZIONI ESCLUSE

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

1. gli interventi di correzione o eliminazione della miopia, salvo quanto previsto all'Art. "Area ricoveri", lett. A), punto 9;
2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto all'Art. "Area ricoveri", lett. A, punto 8 e all'Art. 5 – Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali lett. G;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni);
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, purchè consentito dallo stato di salute dell'Assicurato;

5. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6. le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
7. l'aborto volontario non terapeutico;
8. la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici, salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio.
Sono tuttavia compresi gli interventi per l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici congeniti dei neonati, purché effettuati nel primo anno di vita.
Eventualmente, nel caso in cui le predette malformazioni e/o difetti fisici siano evidenti fin dal primo anno di vita del neonato stesso e sia accertabile e documentabile dal punto di vista medico-clinico l'impossibilità di effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita, il periodo utile entro il quale l'intervento è rimborsabile – a termini di contratto – è elevato ai primi tre anni di vita.
9. tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita;
10. gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona;
11. check-up clinici;
12. agopuntura;
13. prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato, ovvero effettuate presso centri estetici o di fitness;
14. psicoterapia;
15. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
17. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
18. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
19. gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;

Art. 2.7 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.8 - Limite di età

Non è ammesso l'inserimento in garanzia per gli assicurati che abbiano compiuto l'ottantacinquesimo anno di età.

E' concessa tuttavia la facoltà di includere o mantenere in assicurazione:

- a) gli Assicurati precedentemente coperti con il "Piano sanitario 2009/2011" già ultraottantacinquenni, previa applicazione di un maggiorazione del 25% ai premi previsti all'Art. "Pagamento e regolazione del Premio";
- b) gli Assicurati precedentemente coperti con il "Piano sanitario 2009/2011" che abbiano compiuto l'85° anno di età nell'annualità 2011, previa applicazione di un maggiorazione del 25% ai premi previsti all'Art. " Pagamento e regolazione del Premio" e presentazione dell'apposito questionario anamnestico;
- c) gli Assicurati che durante la durata del contratto superino l'85° anno di età, previa applicazione di una maggiorazione del 25% ai premi previsti all'Art. "Pagamento e regolazione del Premio" e presentazione dell'apposito questionario anamnestico a partire dall'anno successivo al compimento dell'85° anno di età.

Con riferimento agli Assicurandi ai precedenti punti b), e c), la continuità della copertura potrà essere interrotta dalla Società in considerazione della gravità dello stato di salute che emergerà dall'analisi dei questionari anamnestici.

Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, le prestazioni non saranno dovute e la Società non rimborserà i premi versati.

L'inclusione degli assicurati in assicurazione verrà formalizzata dalla Società a Uni.C.A. per iscritto.

Art. 2.9 - Foro competente

Per eventuali controversie giudiziali, il Foro competente viene fissato concordemente tra le Parti, con riferimento al luogo di svolgimento della prestazione lavorativa dell'Assicurato.

Art. 2.10 - Somme assicurate - scoperto e franchigia

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza della relativa somma assicurata. Tale somma deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nella polizza.

Il rimborso delle spese avviene per ciascuna garanzia previa eventuale applicazione dello scoperto e della franchigia indicati.

Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato per il tramite della Contraente le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato e indennizzabili a termini di contratto.

L'"Indennità giornaliera di ricovero" viene corrisposta a partire dal giorno di ricovero successivo a quelli di franchigia pattuiti.

Art. 2.11 - Elenco interventi chirurgici plafonati

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND
Intervento di legatura e stripping delle vene (varicocele compreso)	euro 3.500
Intervento di settoplastica funzionale	euro 3.500
Intervento di riduzione e sintesi fratture (ad esempio, chiodi, placche, viti)	euro 8.000
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad esempio, chiodi, placche, viti)	euro 3.000
Intervento di tonsillectomia/adenotonsillectomia	euro 3.000
Intervento per ernie e/o laparoceli della parete addominale	euro 4.000
Intervento di emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole e/o prolasso rettale	euro 4.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo, dito a martello, alluce rigido	euro 4.000
Intervento a carico del ginocchio (diversi da legamenti)	euro 5.000
Isteroscopia operativa	euro 4.500
Intervento di ricostruzione dei legamenti	euro 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	euro 7.500
Intervento di asportazione cisti ovariche	euro 8.500
Intervento di tiroidectomia (esclusa radicale per neoplasia maligna)	euro 10.000
Intervento di colecistectomia	euro 8.500
Intervento per ernia del disco e/o stabilizzatore vertebrale	euro 12.000
Artrodesi vertebrale	euro 13.000
Interventi sulla prostata	TURP euro 10.000 altre euro 15.000
Adenoma prostatico	euro 10.000
Adenocarcinoma prostatico	euro 15.000
Intervento di isterectomia (compresa eventuale annesiectomia)	euro 10.000 euro 15.000 (annesiectomia)
Intervento per artroprotesi anca	euro 20.000
Asportazione di neoformazioni cutanee (cisti in genere, lipomi e nevi)	euro 1.500
Intervento per artroprotesi ginocchio	euro 15.000
Intervento per tunnel carpale, morbo di Dupuytren, sindrome di Guyon	euro 2.500
Intervento per cataratta (con o senza IOL)	euro 2.500
Intervento per asportazione cisti e noduli benigni del seno (nodulectomie)	euro 2.500
Intervento per appendicectomia	euro 4.000
Intervento sui seni paranasali, frontali, mascellari e/o FESS	euro 3.500

Art. 2.12 - 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, esofagodigiunoplastica, 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 principale
- Chirurgia dell'ipertensione portale:
 - a) Interventi di derivazione
 - anastomosi porto-cava
 - anastomosi spleno-renale
 - anastomosi mesenterico-cava
 - b) Interventi di devascolarizzazione
 - 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 devascolarizzazione paraesofago-gastrica

CHIRURGIA DEL PANCREAS

- Duodenocefalo-pancreasectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreasectomia totale con o senza linfadenectomia
- Interventi per tumori endocrini funzionali 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 cardiaca
- 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 I 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 amatoma intracerebrale da rottura di malfomazione vascolare (nno esclusa dalla garanzia)
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia 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 accesso cerebrale
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali PER VIA ANTERIORE
- Intervento chirurgico per neoplasie 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

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomia allargata con linfadenectomia
- Sterectomia 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

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.
- Megauretere: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.

Art. 2.13 - Elenco cliniche Top

- Azienda ospedaliera PD
- Villa Mafalda RM
- European Hospital RM
- Quisisana RM
- Villa Stuart RM
- Mater Dei RM
- Paideia RM
- Roma American Hospital RM
- Villa Flaminia RM
- Villa Margherita RM
- Nigrisoli BO
- Ospedali Riuniti BO
- Pinna Pintor TO
- S. Caterina da Siena TO
- Madonnina MI
- San Paolo MI