

CONVENZIONE

tra

Reale Mutua di Assicurazioni

e

SANIVOLO CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA DEI PILOTI

per

**la stipula di una copertura Rimborso Spese Mediche
a favore dei propri Iscritti**



Tra la spett. **REALE MUTUA di ASSICURAZIONI**

Via Corte d'Appello, 11

10122 Torino (TO)

P. IVA 00875360018

e

la spett. **SANIVOLO - CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA DEI PILOTI**

Viale di Villa Massimo, 29

c/o PTS CLAS

00161 Roma RM

P.IVA: 97195610585

Si stipula la presente

Convenzione Rimborso Spese Mediche

Decorrenza: dalle ore 24:00 del 31 Agosto 2021

Scadenza: alle ore 24:00 del 31 Agosto 2022

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE POLIZZA NUMERO 2021/05/2982254

Nome e indirizzo della Contraente:

CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA SANIVOLO**Viale di Villa Massimo, 29
c/o PTS CLAS
00161 Roma RM
P.IVA: 97195610585**

Durata dell'assicurazione

Un anno dalle ore 24:00 del 31/08/2021
alle ore 24:00 del 31/08/2022

Categoria	n. Assicurati	Imponibile	Imposte	Totale
PILOTI per nucleo	-----	Euro	Euro	Euro
PILOTI in quiescenza per nucleo	-----	Euro	Euro	Euro
TOTALE	-----	Euro	Euro	Euro

Modalità di pagamento del premio ed eventuali regolazioni:

- Soluzione unica alla decorrenza;
- Regolazione premio a fine annualità.

CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA**LA SOCIETA'**Il premio di **Euro** cui imposte di legge di **Euro** è stato incassato in data

CONVENZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Premesso che:

- la CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA ha per oggetto esclusivo, senza fini di lucro, di attuare trattamenti assistenziali e di prevenzione sanitaria, preferibilmente in forma assicurativa, a favore dei dipendenti e collaboratori (e dei rispettivi nuclei familiari) degli Enti aderenti all'istituto;
- per il conseguimento del proprio oggetto statutario la CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA intende stipulare apposite convenzioni assicurative e/o polizze collettive o di gruppo, di cui la Cassa assumerà la Contraenza, atte a realizzare al meglio le finalità assistenziali a favore degli iscritti, alimentando le polizze suddette con le contribuzioni degli Enti aderenti e dei rispettivi dipendenti e collaboratori iscritti;
- la CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA SANIVOLO ha conferito mandato esclusivo al broker MAG SPA per la predisposizione e la gestione delle suddette convenzioni e polizze assicurative per l'intero periodo dell'incarico di brokeraggio ricevuto;
- che la REALE MUTUA di ASSICURAZIONI ha confermato a MAG SPA di essere disponibile a fornire le prestazioni richieste;

fra la CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA SANIVOLO, in seguito denominata per brevità "Contraente", e REALE MUTUA di ASSICURAZIONI, in seguito denominata per brevità "Società",

VIENE STIPULATA LA PRESENTE CONVENZIONE

Rimborso Spese Mediche Contratto num. 2021/05/2982254

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

GLOSSARIO

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ed in particolare i beneficiari delle prestazioni della Cassa Sanivolo così come definiti all'art. 7 dello Statuto allegato.

Broker: MAG SPA, Via delle Tre Madonne 12, 00197 Roma, PI/CF 07043531214, iscrizione RUI B000400942

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Cassa: SANIVOLO – CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA DEI PILOTI - Viale di Villa Massimo, 29 c/o PTS CLAS 00161 Roma RM CF/P.IVA: 97195610585

Centri odontoiatrici convenzionati (Network): le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri convenzionati con Blue Assistance presso i quali l'Assicurato può fruire in forma "diretta" (ovvero senza anticipo di denaro da parte dell'Assicurato) delle prestazioni mediche odontoiatriche previste dalla polizza, rese necessarie dal suo stato di salute.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione nell'interesse proprio o di altre persone (di seguito SANIVOLO – CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA DEI PILOTI).

Day surgery: il ricovero che non comporta pernottamento, in struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, che eroga prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

Equipe operatoria: il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento.

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie)
La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Franchigia: la somma prestabilita che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce l'indennizzo.

Grande intervento chirurgico: ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'Allegato 1.

Indennizzo o indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di danno conseguente ad un sinistro.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: la tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia, la laserterapia.

Istituto di cura: ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Istituto di cura convenzionato: ogni struttura sanitaria rientrante nel circuito convenzionato con la Società.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. Si precisa inoltre che la gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti.

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per nucleo e per anno assicurativo.

Network: rete convenzionata di Blue Assistance, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.blueassistance.it.

Nomenclatore tariffario per la prestazione di odontoiatria: elenco delle prestazioni ove è indicato: codice e descrizione della prestazione, tariffa, vincoli tecnici, limiti temporali (vedi Allegato 3).

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento nell'Istituto di cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Scoperto: la percentuale di danno prestabilita che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce l'indennizzo.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Società: REALE MUTUA di ASSICURAZIONI

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica

Visita specialistica: visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

AVVERTENZA: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assistito relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI/COPERTURE

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

ART. 3 – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società, direttamente o tramite l'Intermediario al quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario.

Art. 4 - DURATA DEL CONTRATTO

L'assicurazione ha validità dalle ore 24:00 del giorno 31 Agosto 2021 fino alle ore 24:00 del 31 Agosto 2022 per una durata complessiva di anni 1.

Art. 5 - FACOLTA' DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La Società/Compagnia prende atto che non potrà esercitare tale facoltà per la durata complessiva del contratto che, in base a quanto sopra previsto all'articolo DURATA DEL CONTRATTO, cesserà alla sua naturale scadenza dalle ore 24:00 del 31 Agosto 2022.

ART. 6 - PREMI

I premi annui comprensivi di imposte sono i seguenti:

Piloti in servizio: Euro 1.695,00 (premio a carico delle compagnie aeree);

Piloti in quiescenza: Euro 2.317,00 (premio a carico del singolo aderente).

ART. 7 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere concordate preventivamente con la CASSA contraente e devono essere



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

provate per iscritto.

ART. 8 - VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il Broker in nome e per conto del contraente dovrà comunicare alla Società l'elenco degli assicurandi e l'esatta composizione del nucleo familiare da includere in copertura, precisando per ciascuno di essi: cognome, nome, data di nascita, codice fiscale, indirizzo e dati bancari completi per effettuare i rimborsi. La copertura ha effetto dalla data di decorrenza dell'iscrizione del Socio o del Socio Aggregato alla CASSA. Ogni nuovo ingresso in assicurazione o uscita dalla copertura sarà comunicato nel più breve tempo possibile alla Società.

I premi, per i nuovi ingressi successivi al primo giorno di ogni annualità, dovuti in base alle norme previste dal presente contratto, verranno liquidati con emissione da parte della Società, alla fine di ogni anno, di apposite appendici di regolazione, che la Contraente si impegna a pagare entro trenta giorni dalla data di emissione, sulla base delle inclusioni avvenute nel corso dell'anno:

- a) per inclusioni avvenute nel primo semestre dell'anno assicurativo, le stesse comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- b) per inclusioni avvenute nel secondo semestre dell'anno assicurativo, le stesse comporteranno la corresponsione del 60% del premio annuo.

Eventuali esclusioni non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società. In ogni caso la garanzia sarà operante fino alla scadenza annua dell'assicurazione.

ART. 9 – CATEGORIE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata ai Piloti in servizio ed ai Piloti in quiescenza iscritti alla Cassa di assistenza sanitaria Sanivolo, nonché ai relativi familiari come identificati nella definizione di nucleo familiare dell'art. 7 dello Statuto della Cassa.

ART. 10 - TACITO RINNOVO

In mancanza di disdetta data dal Contraente con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza definitiva di polizza del 31 Agosto 2022, la polizza è prorogata per la durata di un anno e così via.

ART. 11 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il Mondo Intero, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ART. 12 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Il Contraente e la Società prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza.

ART. 13 - OBBLIGHI DI CONSEGNA DOCUMENTALE A CARICO DEL CONTRAENTE

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assistito i seguenti documenti:

- a) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali),
- b) Condizioni di Assicurazione.

ART. 14 - TRASFERIMENTO DI AGENZIA E OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario,
- modifiche statutarie attinenti il cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale,
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso,

la Società, entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione, renderà al Contraente un'informativa di dettaglio. Il Contraente è tenuto, a sua volta, a comunicare tali informazioni ad ogni Assistito.

ART. 15 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Quando la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, **salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assistito, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.**

ART. 16 – IMPOSTE

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 17 - FORO COMPETENTE

Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata:

- Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Società.
- Per ogni controversia tra la Società e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito o dell'avente diritto.

ART. 18 - CONTROVERSIE: MEDIAZIONE

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di dire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, individuata secondo le previsioni dell'art. 17 "Foro competente" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 19 - ASSICURAZIONE STIPULATA INDIPENDENTEMENTE DA OGNI OBBLIGO DI LEGGE

La presente polizza è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge per l'assicurazione infortuni e malattia e rimarrà in vigore anche nel caso in cui tale obbligatorietà risultasse o fosse stabilita successivamente.

ART. 20 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le Norme di Legge vigenti in Italia.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

Premessa

Con la presente polizza si assicurano i Soci, i Soci Aggregati ed i relativi nuclei familiari per il rimborso delle spese sanitarie conseguenti a malattia, infortunio o parto.

La Società rinuncia esplicitamente alla richiesta di qualsiasi informazione volta ad accertare lo stato delle persone assicurate. La garanzia decorre dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione, per i rimborsi delle spese sanitarie conseguenti ad infortunio, parto e/o malattie.

Sono incluse in garanzia tutte le malattie pregresse, croniche e recidivanti.

ART. 21 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione prevede il pagamento in forma diretta o l'eventuale rimborso delle spese sanitarie di seguito riportate, purché indennizzabili a termini di contratto.

La Società garantisce, (fatti salvi i sottolimiti previsti per le specifiche garanzie aggiuntive), fino a concorrenza di Euro 350.000,00 – intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare e per anno assicurativo – in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, in caso di intervento chirurgico ambulatoriale e in caso di intervento chirurgico in regime di degenza diurna (Day surgery), a seguito di malattia, di infortunio, di parto cesareo o parto naturale (nei termini indicati al successivo art. 21.2), le spese:

- a) per accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) e visite specialistiche effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura o dell'ambulatorio, nei 120 (centoventi) giorni antecedenti il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale (ivi compreso i casi di utilizzo di strutture a carico del Servizio Sanitario Nazionale), purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero stesso (anche in regime di day surgery) o la prestazione ambulatoriale;
- b) per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento;
- c) per i materiali di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- d) per l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali, cure omeopatiche e per esami post intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- e) per gli esami e gli accertamenti diagnostici eseguiti durante il ricovero prima dell'intervento chirurgico;
- f) per gli esami e gli accertamenti diagnostici eseguiti durante il ricovero senza intervento chirurgico e durante il ricovero in regime di daysurgery;
- g) per le rette di degenza;
- h) per il trasporto dell'Assicurato presso gli istituti di cura per il ricovero, con il limite massimo di **Euro 10.000,00 per sinistro e per anno assicurativo**;
- i) per vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato l'Assicurato o spese di pernottamento in albergo in caso di impossibilità da parte della struttura ospedaliera ad



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ospitare l'accompagnatore stesso **fino alla concorrenza di Euro 100,00 giornalieri per un massimo di trenta giorni per evento con un limite di Euro 3.000,00 annui;**

- j) per esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei 180 (centottanta) giorni successivi al ricovero (anche in regime di day surgery) o all'intervento chirurgico ambulatoriale (ivi compresi i casi di utilizzo di strutture a carico del servizio Sanitario Nazionale), purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero stesso o la prestazione ambulatoriale;
- k) nel caso di trapianto di organi o di loro parti è inoltre compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie rese necessarie per l'espanto degli stessi. Se il donatore è persona vivente, la Società rimborsa anche le spese sostenute durante il ricovero del donatore stesso per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria e materiale di intervento), cure, medicinali e rette di degenza.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga degli istituti di cura e di medici entrambi convenzionati con il circuito della Società, la liquidazione delle prestazioni viene effettuata in forma diretta previa deduzione dello scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo di Euro 1.450,00 ovvero del 15% con il minimo di Euro 350,00 per i casi di day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga degli istituti di cura e di medici entrambi non convenzionati con il circuito della Società, il rimborso delle prestazioni viene effettuato previa deduzione dello scoperto del 25% per ogni sinistro con il minimo di Euro 2.350,00 ed il massimo di Euro 6.000,00.

Fatta eccezione per i casi di day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale, qualora l'Assicurato si avvalga degli istituti di cura convenzionati con il circuito della Società e di medici non convenzionati, la componente di spesa relativa alla struttura viene liquidata in forma diretta con applicazione dei criteri e delle modalità previste per la forma diretta; la componente di spesa relativa all'équipe medica viene liquidata in forma a rimborso previa deduzione dello scoperto del 25% per ogni sinistro con il minimo di Euro 2.350,00 ed il massimo di Euro 6.000,00. In caso di day surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche per l'utilizzo di strutture convenzionate e medici non convenzionati, le prestazioni vengono liquidate unicamente in forma a rimborso previa deduzione dello scoperto del 25% per ogni sinistro con il minimo di Euro 2.350,00 ed il massimo di Euro 6.000,00.

Nel caso in cui il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket per il ricovero, le prestazioni previste dalla polizza, su richiesta da parte dell'Assicurato, vengono sostituite da **un'indennità pari a Euro 150,00 per ciascun giorno di ricovero**, comprensiva del costo di eventuali ticket.

In applicazione di quanto previsto dal Ministero della Salute per l'assistenza sanitaria in Italia e all'estero al personale navigante, marittimo e dell'Aviazione civile (SASN), sono altresì integralmente rimborsabili le ricevute SASN emesse per le prestazioni erogate negli Ambulatori SASN direttamente gestiti dal Ministero della Salute e comprese nella presente garanzia, a condizione che l'indicazione SASN sia chiaramente identificata.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

In alternativa alla indennità sostitutiva, si può optare per il rimborso delle spese pre e post ricovero senza applicazione di scoperti e/o minimi non rimborsabili con un massimo di Euro 1.500,00 per ricovero.

La presente indennità sostitutiva verrà riconosciuta nella misura del 50% (Euro 75,00) in caso di ricovero in Day Surgery (ricovero con intervento chirurgico senza pernottamento).

La presente indennità sostitutiva non verrà riconosciuta nei riguardi del donatore nei casi di trapianto di organi. L'assicurazione è inoltre operante durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso o a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, in tempo di pace, purché il ricovero avvenga in istituto di cura non militare.

Per i ricoveri di emergenza (conseguenti cioè ad infortunio o malore improvviso dell'Assicurato) la Società rimborserà integralmente le spese sostenute senza applicazione di scoperto e/o franchigia

Per la liquidazione delle prestazioni sarà necessaria l'indicazione della sola sintomatologia, senza la necessità di produrre documentazione aggiuntiva qualora l'indicazione sia troppo generica (ad esempio algie, dolori, disturbi, ecc.). Saranno rimborsate, quindi, tutte le pratiche che riporteranno la sola indicazione della sintomatologia.

21.1 Massimale assicurato in caso di Grandi Interventi Chirurgici

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un Grande Intervento Chirurgico, il massimale pattuito è Euro 850.000,00. Sono considerati "Grandi Interventi Chirurgici" quelli indicati nell'elenco riportato nell'Allegato 1.

E' esclusa, tuttavia, ogni ipotesi di aumento dei sottolimiti ivi previsti in relazione a specifiche prestazioni aggiuntive.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga degli istituti di cura e di medici entrambi convenzionati con il circuito della Società, la liquidazione delle prestazioni viene effettuata in forma diretta con applicazione di uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo di Euro 1.450,00 ovvero del 15% minimo Euro 350,00 per i casi di day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale.

Nel caso in cui l'Assicurato **si avvalga degli istituti di cura e di medici entrambi non convenzionati, il rimborso delle prestazioni viene effettuato previa deduzione di uno scoperto del 25% per ogni sinistro con il minimo di Euro 2.350,00 ed il massimo di Euro 6.000,00.**

Fatta eccezione per i casi di day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale qualora l'Assicurato si avvalga degli istituti di cura convenzionati con il circuito della Società e di medici non convenzionati, la componente di spesa relativa alla struttura viene liquidata in forma diretta con applicazione dei criteri e modalità della forma diretta; la componente di spesa relativa all'equipe medica viene liquidata in forma a rimborso previa deduzione di uno scoperto del 25% per ogni sinistro con il minimo di Euro 2.350,00 ed il massimo di Euro 6.000,00. In caso di day surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche per l'utilizzo di strutture convenzionate e medici non convenzionati, le prestazioni vengono liquidate unicamente in forma a rimborso previa deduzione dello scoperto del 25% per ogni sinistro con il minimo di Euro 2.230,00 ed il massimo



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

di Euro 6.000,00



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

21.2 Parto cesareo o naturale

Sono comprese in garanzia le spese sostenute in occasione di ricovero per parto cesareo o naturale e rientranti tra quelle descritte in polizza, **fino a Euro 6.000,00 per evento** per parto naturale e **fino a Euro 8.000,00 per evento** per parto cesareo. La liquidazione verrà effettuata senza applicazione di scoperti/franchigie a carico dell'Assicurato, in caso di utilizzo di strutture e medici entrambi convenzionati con il circuito della Società.

Qualora invece si ricorra a strutture e medici entrambi non convenzionati, la liquidazione verrà effettuata **unicamente nella forma "a rimborso" previa applicazione di uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo di Euro 1.500,00 che rimane a carico dell'Assicurato.**

Qualora si ricorra a strutture convenzionate con il circuito della Società e a medici non convenzionati, la liquidazione della componente di spesa relativa alla struttura verrà effettuata in forma diretta senza applicazione di scoperti/franchigie; **la componente di spesa relativa all'equipe medica verrà effettuata unicamente nella forma "a rimborso" previa applicazione di uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo di Euro 1.500,00 che rimane a carico dell'Assicurato.**

21.3 Prestazioni per il neonato

La garanzia comprende anche le spese relative a prestazioni sanitarie immediatamente successive al parto, da qualsiasi causa determinate, in quanto lo stesso è parte integrante del nucleo familiare.

21.4 Intervento chirurgico ambulatoriale finalizzato all'esportazione di nevi

Sono comprese le spese sanitarie sostenute dall'Assicurato per intervento chirurgico ambulatoriale finalizzato all'esportazione di nevi, sia benigni che maligni, melanomi o altri tumori della pelle, anche a seguito di richiesta da parte del medico della compagnia aerea di riferimento. Per il caponucleo (Pilota), la garanzia opera sia in rete che fuori rete nell'ambito del massimale della garanzia Ricovero senza applicazione di franchigie e/o scoperti. Per i famigliari la garanzia opererà solo per il caso di malignità certificata da epiluminescenza, prevedendo lo stesso trattamento come per il caponucleo in rete, mentre per il fuori rete la garanzia opera fino alla concorrenza di Euro 300 per anno assicurativo per persona, senza scoperti e/o franchigie.

21.5 Spese per cure domiciliari ed ambulatoriali non conseguenti a ricovero

L'Assicurazione comprende:

- a) onorari dei medici per visite specialistiche diagnostiche (escluse comunque quelle odontoiatriche ed ortodontiche);
- b) accertamenti diagnostici;
- c) analisi ed esami di laboratorio;
- d) spese ambulatoriali di pronto soccorso.

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata **fino alla concorrenza di Euro 50,00 per ogni prestazione o serie di prestazioni previste da unica prescrizione medica** sia che l'Assicurato si avvalga delle strutture convenzionate con il circuito della Società, sia che l'Assicurato utilizzi strutture non convenzionate con la Società.

Esclusivamente per la prestazione "Risonanza magnetica nucleare", la Società garantisce un rimborso fino alla concorrenza di Euro 300,00 per ciascuna prestazione o serie di prestazioni previste da unica prescrizione medica.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Il motivo della visita, comunque, deve essere sempre certificato dal medico nell'apposita prescrizione o fattura.

Sono comprese in garanzia le visite specialistiche effettuate per il controllo dell'evoluzione di una patologia.

Per la liquidazione delle prestazioni sarà necessaria l'indicazione della sola sintomatologia, senza la necessità di produrre documentazione aggiuntiva qualora l'indicazione sia troppo generica (ad esempio algie, dolori, disturbi, ecc.). Saranno rimborsate, quindi, tutte le pratiche che riporteranno la sola indicazione della sintomatologia.

21.6 Spese per alta diagnostica

Le prestazioni specialistiche di alta diagnostica, sono prestate in assenza di ricovero; pertanto nel caso in cui una o più prestazioni vengano effettuate in regime di ricovero, le spese per dette prestazioni verranno considerate nell'ambito della garanzia ricovero.

L'assicurazione comprende le seguenti prestazioni specialistiche, **purché richieste da prescrizione medica con indicazione della diagnosi:**

- AMNIOCENTESI O ULTERIORI TEST GENETICI
- ARTROGRAFIA
- AORTOGRAFIA O CAVOGRAFIA
- BRONCOSCOPIA
- CHEMIOTERAPIA
- CISTENOGRAFIA
- COBALTOTERAPIA
- COLONSCOPIA TOTALE
- COLANGIOGRAFIA
- COLECISTOGRAFIA
- DACRIOCISTOGRAFIA
- DISCOGRAFIA
- ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- ISTEROSALPINGOGRAFIA
- M.O.C. (MINERALOGIA OSSEA COMPUTERIZZATA)
- PET
- RADIOTERAPIA
- SCINTIGRAFIA
- TAC + TC **con esclusione di DENTALSCAN o DENTASCA o TC DENTALE** che sono escluse dalla copertura.
- VILLOCENTESI
- DIALISI
- LASERTERAPIA

La Società, ricomprende in garanzia anche la biopsia diagnostica effettuata durante uno degli accertamenti sopraelencati, che sarà rimborsata nell'ambito del massimale e degli scoperti/franchigie previsti dal presente punto.

La biopsia terapeutica invece – quand'anche effettuata durante uno degli accertamenti sopraelencati – è sempre



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

considerata intervento chirurgico ambulatoriale e verrà liquidata nei termini previsti dal punto 21.

La garanzia è prestata **fino alla concorrenza di Euro 10.000,00 al netto di franchigia e/o scoperti intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e ciascun nucleo familiare assicurato:**

- In caso di ricorso a strutture e medici entrambi convenzionati con la Società, la prestazione opera nella c.d. **"forma diretta"**, previa applicazione di **uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di Euro 100,00 per ogni sinistro**, pertanto – fatto salvo per l'importo dello scoperto/franchigia previsto a suo carico – l'Assicurato è sollevato da qualsiasi anticipo o pagamento delle spese sostenute purché le stesse risultino indennizzabili a termini di polizza;
- Qualora si utilizzino strutture e/o medici non convenzionati, il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno **scoperto del 15% con il minimo di Euro 100,00 che rimane a carico dell'Assicurato.**

Per la liquidazione delle prestazioni sarà necessaria l'indicazione della sola sintomatologia, senza la necessità di produrre documentazione aggiuntiva qualora l'indicazione sia troppo generica (ad esempio algie, dolori, disturbi, ecc.). Saranno rimborsate, quindi, tutte le pratiche che riporteranno la sola indicazione della sintomatologia.

21.7 Cure Oncologiche

Massimale di Euro 20.000,00 annuo/nucleo dedicato a accertamenti/terapie previste in elenco di cui al precedente punto 21.6, conseguenti a patologie oncologiche.

In rete per tali prestazioni oncologiche non si applicheranno scoperti/ franchigie.

Fuori network vale lo scoperto di cui all'art. precedente (uno **scoperto del 15% con il minimo di Euro 100,00**)

21.8 Tickets

Nel caso in cui l'Assicurato, relativamente alle prestazioni di cui agli artt. 21.5 – Spese per cure domiciliari ed ambulatoriali non conseguenti a ricovero e art. 21.6 – Spese per alta diagnostica, si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari.

In applicazione di quanto previsto dal Ministero della Salute per l'assistenza sanitaria in Italia e all'estero al personale navigante, marittimo e dell'Aviazione civile (SASN), sono altresì integralmente rimborsabili le ricevute SASN emesse per le prestazioni erogate negli Ambulatori SASN direttamente gestiti dal Ministero della Salute e comprese nella presente garanzia, a condizione che l'indicazione SASN sia chiaramente identificata.

Le richieste di rimborso dei ticket potranno essere presentate di volta in volta, per ciascun nucleo familiare per le spese rientranti nei precedenti articoli, e saranno rimborsate ogni trimestre.

21.9 Visite di controllo

Si garantisce agli Assistiti la possibilità di poter effettuare, **1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana**, presso i Centri Autorizzati del Network e previa verifica delle disponibilità dagli stessi garantite, una visita specialistica in una qualsiasi delle specializzazioni messe a disposizione dalla struttura prescelta, in modo completamente gratuito - **senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).**



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

La prestazione è garantita **anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

La garanzia potrà essere usufruita, per ciascun mese, da un solo componente del nucleo familiare assicurato.

Si precisa inoltre che nel periodo di copertura non potrà essere effettuata più volte la stessa tipologia di visita per nucleo assicurato.

Massimale

Illimitato, fermi comunque i limiti del capoverso precedente.

Regimi di erogazione

Regime Diretto

L'Assicurato può effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni con modalità web accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.blueassistance.it, almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione.

L'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve selezionare:

- L'Assicurato per cui si richiede la prestazione;
- La tipologia di prestazione richiesta;
- La data della prestazione;
- La struttura presso la quale verrà effettuata la prestazione.

Completata la sezione dati, l'Assicurato deve allegare l'eventuale documentazione integrativa utile per la valutazione della prestazione.

Una volta confermati ed inviati i dati inseriti tramite l'apposito pulsante, verrà inviata la richiesta di attivazione a Blue Assistance.

Blue Assistance fornirà una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 48 ore prima della prestazione.

21.10 Spese per il rimpatrio della salma

Sono rimborsate le spese sostenute in caso di decesso dell'Assicurato all'estero **sino alla concorrenza di Euro 10.000,00 intendendosi tale somma quale disponibilità per ciascun sinistro.**

22. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere come pure i comportamenti nevrotici;
- b) le intossicazioni e gli infortuni causati da:
 1. abuso di alcolici;
 2. uso di allucinogeni;
 3. uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti.
- c) le conseguenze dirette di infortuni avvenuti prima dell'adesione del socio alla CASSA intendendosi per tali le patologie direttamente ed oggettivamente correlate agli infortuni medesimi;
- d) le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- malattia);
- e) l'aborto volontario non terapeutico;
 - f) gli infortuni:
 1. derivanti dall'partecipazione a corse e a gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo se si tratti di gara di regolarità pura) o dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
 2. sport aerei così definiti: deltaplano e parapendio comprese prove, allenamenti o gare);
 3. conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato stesso;
 - g) le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto dalle singole prestazioni;
 - h) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni qualora avvenuti sul territorio nazionale;
 - i) le conseguenze – dirette o indirette – derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - j) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici, anche se effettuati in regime di Day Hospital;
 - k) tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita;
 - l) la parodontite, le cure e protesi dentarie, l'ortodonzia;
 - m) i ricoveri in regime di Day hospital che non prevedono intervento chirurgico.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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

23. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura, in deroga a quanto previsto all'art. 22 lettera L) e con un massimale annuo pari ad € 700,00 per nucleo, a seguito di malattia, il rimborso delle spese sanitarie odontoiatriche sostenute dall'Assicurato per le prestazioni elencate nel Nomenclatore tariffario per la prestazione di odontoiatria (vedi Allegato 3).

24. Esclusioni garanzia spese sanitarie odontoiatriche

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) tutte le prestazioni non espressamente indicate nel Nomenclatore tariffario per la prestazione di odontoiatria (premesse, procedure e limiti)
- b) qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in day surgery; ovvero con uso della sala operatoria, retta di degenza diurna, analgesia profonda;
- c) qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in ricovero notturno; ovvero con uso della sala operatoria, retta di degenza notturna, analgesia profonda o anestesia generale;
- d) l'esame istologico, anche se richiesto con le "Procedure necessarie per ottenere i rimborsi";
- e) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- f) le malattie dovute a tentato suicidio e autolesionismo, forme maniaco depressive ivi compresi comportamenti nevrotici, atti dolorosi commessi o tentati dall'Assicurato, abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di droghe, allucinogeni, stupefacenti;
- g) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'assicurato abbia preso parte volontariamente;
- h) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- i) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
- j) le prestazioni sanitarie non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- k) Le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
- l) Le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
- m) La sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
- n) Le malattie stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza della polizza; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza della polizza;
- o) L'estrazione di denti decidui (da latte);
- p) I trattamenti ortodontici anche se associati alla chirurgia ortognatica sia che precedano o seguano l'intervento salvo quanto previsto in polizza;
- q) i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
- r) gli stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V.; e a qualsiasi malattia che abbia relazione con l'H.I.V.;



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- s) l'ortodonzia;
- t) i controlli di routine e/o check-up salvo quanto previsto nel Nomenclatore tariffario per la prestazione di odontoiatria.

25. Disposizioni particolari

- a) Il Nomenclatore tariffario per la prestazione di odontoiatria è suddiviso in 61 voci.
- b) Il Nomenclatore, le procedure e i limiti temporali/amministrativi stabiliscono le modalità e i vincoli per cui è possibile ottenere il rimborso in forma diretta.
- c) I vincoli e limiti del Nomenclatore tariffario per la prestazione di odontoiatria si applicano in ogni caso per Assicurato;
- d) Il massimale pari ad Euro 700,00 è riferito all'intero nucleo;
- e) Qualora si rendessero necessarie ulteriori prestazioni rispetto a quelle previste, esse saranno fatturate applicando le tariffe concordate in fase di convenzionamento e saranno a carico dell'Assicurato.
- f) Tutte le prestazioni del Nomenclatore tariffario per la prestazione di odontoiatria comprendono la manodopera;
- g) Tutte le immagini radiografiche, eseguite su indicazione del medico specialista esclusivamente per motivi di natura clinica prima, durante o dopo le cure, possono essere richieste a comprova delle cure medesime.
- h) Ove richieste, le fotografie digitali devono riportare la data, il codice fiscale dell'Assicurato e la firma dell'odontoiatra.

Liquidazione dell'indennizzo – Modalità di pagamento

In caso di utilizzo di strutture sanitarie odontoiatriche facenti parte del Network BlueAssistance, la liquidazione delle spese sostenute ed indennizzabili avviene in forma diretta entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico (Allegato 3) i cui importi massimi verranno ridotti con l'applicazione di uno scoperto del 10%.

Per avvalersi del pagamento diretto, l'Assicurato deve recarsi presso una struttura sanitaria odontoiatrica convenzionata, la quale provvederà a compilare il piano di cure pre-trattamento odontoiatrico e a richiederne autorizzazione direttamente alla Società. L'invio della richiesta di autorizzazione deve avvenire almeno 72 ore prima dall'inizio del trattamento. Rimangono a carico dell'Assicurato le eventuali franchigie o scoperti e le spese per prestazioni non garantite dalla presente copertura, che dovranno essere pagate dall'Assicurato alla struttura sanitaria odontoiatrica.

Al momento dell'accesso al Centro Odontoiatrico, l'Assicurato sottoscrive il "Piano di Cure", che costituisce la denuncia del sinistro. Blue Assistance, entro 8 giorni dal ricevimento del "Piano di Cure" dal Centro Odontoiatrico, provvede alla valutazione dello stesso ed alla comunicazione alla struttura sanitaria delle prestazioni assicurate. Al momento della conclusione del "Piano di Cure" l'Assicurato deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (prestazioni non contemplate dalla garanzia e/o eventuali eccedenze rispetto al Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico). Nell'ambito del massimale indicato in polizza, Blue Assistance paga direttamente le spese nei termini previsti dal Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico, nel rispetto dei limiti temporali ed economici; provvede a raccogliere la relativa documentazione presso il Centro Odontoiatrico convenzionato e ad inviare prospetto all'Assicurato, con allegata l'indicazione della liquidazione effettuata.

Relativamente alle prestazioni previste dall'art. 23, delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'Assicurato deve accedere ai Centri Odontoiatrici convenzionati esclusivamente per il tramite di Blue Assistance, in mancanza del quale la garanzia



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

(prestazione) non è operante.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie odontoiatriche non convenzionate o di strutture sanitarie senza la preventiva autorizzazione della Società, la liquidazione delle spese sostenute e indennizzabili avviene in forma rimborsuale entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico (Allegato 3) i cui importi massimi verranno ridotti con l'applicazione di uno scoperto del 15%.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, la spesa sostenuta dall'Assicurato per i ticket governativi viene interamente rimborsata entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico (Allegato 3).

Il Nomenclatore tariffario per la prestazione di odontoiatria descrive le procedure utili ai fini del riconoscimento dei rimborsi. La Società si riserva inoltre il diritto di richiedere:

- a) Eventuale ulteriore documentazione medica;
- b) Esami radiografici eseguiti, per motivi clinici, prima o durante le cure (riportanti data di esecuzione e nome dell'Assicurato);
- c) Fotografie occlusali delle arcate dentarie;
- d) Ulteriori accertamenti o visite.

In caso di intervento del SSN o di altro ente assicuratore gli originali possono essere sostituiti da copie con documentazione di quanto erogato dagli enti predetti.

26. Estensioni di garanzia

Sono inclusi nell'assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

27. Persone non assicurabili

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



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

28. Oneri in caso di Sinistro

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

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessario, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'assicurato,
- Copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- In assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- Eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permettere la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire
- Fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- Dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA)



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

La Società indennizza a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché da:

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico (compreso la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie extraospedaliere;
- 3) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- 4) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio. In caso di cure dentarie da infortunio (se previste dall'opzione) le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);
- 5) le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso

Franchigie e/o scoperti trovano un'unica applicazione globale a fronte di fatture/notule connesse ad unico sinistro, dove lo stesso è da considerarsi il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia, vale a dire: il ricovero (anche in day surgery), l'intervento chirurgico ambulatoriale o, in assenza di suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie assicurate.

Quanto sopra a condizione che le diverse fatture / notule vengano presentate a rimborso in un'unica soluzione.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, vengono accettate anche le prescrizioni con diagnosi (anche sospette) contenute nell'ambito delle fatture stesse.

Le prestazioni suddette devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Richiesta di rimborso tramite upload

L'Assicurato, se in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere On-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it. La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di uno o più professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Società **con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.**

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

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

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

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

Si precisa che, ferma la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa in caso di ricovero / Day Hospital con o senza intervento, la prenotazione presso le Strutture Ospedaliere dovrà essere effettuata unicamente dalla Centrale Operativa.

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi BlueAssistance con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in polizza nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

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

Si precisa che l'eventuale scoperto per le spese pre e post di un ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale.

In caso di ricovero gestito in forma diretta, le spese pre/post collegate verranno liquidate al 100%, indipendentemente dal fatto



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

che tali prestazioni vengano effettuate in strutture convenzionate in Network o in strutture Fuori Network.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie odontoiatriche facenti parte del Network, la liquidazione delle spese sostenute ed indennizzabili, avviene in forma diretta entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

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

La centrale Operativa di Blue Assistance risponde ai seguenti numeri :

- numero verde dedicato chiamando dall'Italia 800 085593
- numero telefonico dedicato chiamando dall'Estero 011 7425505

Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati dal lunedì al venerdì dalle ore 8 :00 alle ore 18 :00 ed il sabato dalle ore 8 :00 alle ore 12 :00.

Clausola Diretta da portale Web

L'Assicurato, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni con modalità web accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.blueassistance.it, almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione.

L'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve selezionare:

- L'Assicurato per cui si richiede la prestazione;
- La tipologia di prestazione richiesta;
- La data della prestazione;
- La struttura presso la quale verrà effettuata la prestazione.

Completata la sezione dati, l'Assicurato deve allegare la prescrizione medica e l'eventuale documentazione integrativa utile per la valutazione della prestazione.

Una volta confermati ed inviati i dati inseriti tramite l'apposito pulsante, verrà inviata la richiesta di attivazione a Blue Assistance.

Blue Assistance fornirà una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 48 ore prima della prestazione.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

DISPOSIZIONI VARIE

29. Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Broker MAG SPA; di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker, il quale tratterà con la Società.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker si considera effettuato direttamente alla Società, ai sensi della normativa vigente.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte alla Società dal Broker in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza della Società da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte alla Società soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa.

In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio, dovranno essere fatte alla Società e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte della Società stessa.

Qualora il Contraente revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker, oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le parti esclusive di rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito, si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti della Società.

La Società stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Broker o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

Ogni modifica del Contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna la Società solo dopo la firma dell'atto relativo o dopo l'esplicita accettazione della modifica, effettuata a mezzo e-mail concordemente ritenuti idonei ed aventi data oggettivamente certa.

Tale documentazione verrà tempestivamente trasmessa dal Broker alla Società.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

30. Reportistica sinistri

Al fine di consentire al Contraente un monitoraggio continuo dell'andamento tecnico della presente convenzione Rimborso Spese Mediche, la Società si impegna a fornire alla Contraente su base quadrimestrale, un report sia in formato .pdf che in formato .exl contenente le seguenti informazioni :

- Sinistri aperti: numero e importo
- Sinistri liquidati: numero e importo
- Sinistri a riserva: numero e importo
- Sinistri senza seguito: numero e importo

suddivise per ciascuna tipologia di Assistito (Socio in Servizio/Socio Aggregato) di ciascuna società aderente alla Cassa Contraente, per utilizzo della forma diretta e/o indiretta per singola garanzia (prestazioni in network/prestazioni fuori network) e per ciascuna garanzia prevista nella convenzione.

Il Contraente

La Società'



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Agli effetti dell' art. 1341 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei sottoindicati articoli:

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 3 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

Art. 8 Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

Art. 10 Tacito Rinnovo

Art. 12 Forma delle comunicazioni

Art. 17 Foro competente

Art. 22 Esclusioni

Art. 24 Esclusioni garanzia spese sanitarie odontoiatriche

Art. 27 Persone non assicurabili

Art. 28 Oneri in caso di Sinistro

Il Contraente



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Allegato 1: Elenco Grandi Interventi Chirurgici

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono e bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

GINECOLOGIA

- Sterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Intervento radicale per carcinoma ovario

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite di qualsiasi natura
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito
- Resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Operazioni addomino perineale di Buhamel o Swenson

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

CARDIOCHIRURGIA

- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- Correzione impianto anomalo coronarie
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- Correzione canale atrioventricolare completo
- Finestra aorto-polmonare
- Correzione di:
 - Ventricolo unico
 - Ventricolo destro a doppiascita
 - Truncus arteriosus
 - Coartazioni aortiche di tipo fetale
 - Coartazioni aortiche multiple o molto estese
 - Stenosi aortiche infundibulari
 - Stenosi aortiche sopravvalvolari



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- Trilogia di Fallot
- Tetralogia di Fallot
- Atresia della tricuspide
- Pervietà interventricolare ipertesa
- Pervietà interventricolare con "debanding"
- Pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- Sostituzioni valvolari multiple
- By-pass aortocoronarici multipli
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
- Aneurismi aorta toracica
- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- Riparazioni o sostituzioni setole o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- Re interventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE PERIFERICO

- Cranotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi cruenti
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezione del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tkhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotonomia
- Discotomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti

UROLOGIA

- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto) Rene
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia Vescica
- Ileo bladder
- Cistoprostatovesicoclectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovesicoclectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovesicoclectomia con ureteroileouretraanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica retta



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Allegato 2: Scheda riassuntiva

N.B.: Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

PRESTAZIONI	MASSIMALI
<p>Ricovero con e senza intervento chirurgico, intervento Chirurgico ambulatoriale, Day Surgery (ricovero con intervento chirurgico in regime di degenza diurna)</p> <p>Sono comprese le spese sostenute per accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) e visite specialistiche effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura o dell'ambulatorio, nei 120 (centoventi) giorni antecedenti il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale (ivi compresi i casi di utilizzo di strutture a carico del Servizio Sanitario Nazionale), purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero stesso (anche in regime di day surgery) o la prestazione ambulatoriale; per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento; per materiali di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento; per l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali, cure omeopatiche e per esami post intervento riguardanti il costo di ricovero; per gli esami e gli accertamenti diagnostici eseguiti durante il ricovero prima dell'intervento chirurgico; per gli esami e gli accertamenti diagnostici eseguiti durante il ricovero senza intervento chirurgico e durante il ricovero in regime di day surgery; per le rette di degenza; per vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato l'Assicurato o</p>	<p>Euro 350.000,00 Ricoveri - massimale annuo per nucleo</p> <p>Euro 850.000,00 Grandi Interventi - massimale annuo per nucleo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ricoveri in rete scoperto 10% con minimo Euro 1.450,00 - Ricovero fuori rete convenzionata (per rete si intende sia Istituto di cura e/o medici convenzionati) - scoperto 25% con minimo Euro 2.350,00 e massimo Euro 6.000,00 per sinistro, applicabile anche per GIC <p>(Se ricovero d'urgenza in un istituto non convenzionato, no applicazione scoperto nel fuori rete)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Day surgery/intervento chirurgico ambulatoriale in rete scoperto 15% con minimo Euro 350,00 per sinistro <p>Regime misto solo per i ricoveri (escluso day surgery ed intervento chirurgico ambulatoriale) verranno applicate i criteri e le modalità previste per le prestazioni rese in forma diretta nel caso di struttura convenzionata con scoperto del 10% con minimo Euro 1.450,00 e le modalità previste per le prestazioni rese in forma indiretta riferite all'equipe medica con scoperto del 25% con minimo Euro 2.350,00 e massimo Euro 6.000,00 per sinistro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trasporto presso Istituti di cura Euro 10.000,00 per sinistro e per anno - Parto naturale sottolimito Euro 6.000,00 per evento/ Parto Cesareo sottolimito Euro 8.000,00 per evento <p>Se effettuato fuori rete, compresa la formula mista, scoperto 10% minimo Euro 1.500,00</p>



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

<p>spese di pernottamento in albergo in caso di impossibilità da parte della struttura ospedaliera ad ospitare l'accompagnatore stesso fino alla concorrenza di Euro 100,00 giornalieri per un massimo di trenta giorni per evento con un limite di Euro 2.583,00 annui; per esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei 180 (centottanta) giorni successivi al ricovero (anche in regime di day surgery) o all'intervento chirurgico ambulatoriale (ivi compresi i casi di utilizzo di strutture a carico del Servizio Sanitario Nazionale), purché inequivocabilmente inerenti all' infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero stesso o la prestazione ambulatoriale; nel caso di trapianto di organi o di loro parti è inoltre compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie rese necessarie per l'espianto degli stessi. Se il donatore è persona vivente, la Società rimborsa anche le spese sostenute durante il ricovero del donatore stesso per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria e materiale di intervento), cure, medicinali e rette di degenza.</p>	
<p>Intervento chirurgico ambulatoriale finalizzato all'esportazione di nevi</p>	<p><i>Sono comprese le spese sanitarie sostenute dall'Assicurato per intervento chirurgico ambulatoriale finalizzato all'esportazione di nevi, sia benigni che maligni, melanomi o altri tumori della pelle, anche a seguito di richiesta da parte del medico della compagnia aerea di riferimento. Per il caponucleo (Pilota), la garanzia opera sia in rete che fuori rete nell'ambito del massimale della garanzia Ricovero senza applicazione di franchigie e/o scoperti. Per i familiari la garanzia opererà solo per il caso di malignità certificata da epiluminescenza, prevedendo lo stesso trattamento come per il caponucleo in rete, mentre per il fuori rete la garanzia opera fino alla concorrenza di Euro 300 per anno assicurativo per persona, senza scoperti e/o franchigie</i></p>



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Visite specialistiche (visite ed accertamenti diagnostici, analisi ed esami di laboratorio e spese ambulatoriali di P.S.)	Euro 50,00 per prestazione o serie di prestazioni previste da unica prescrizione medica, sia in rete convenzionata che fuori rete. Unicamente per Risonanza Magnetica Nucleare elevazione del rimborso a Euro 300,00
Alta Specializzazione	Euro 10.000,00 anno/nucleo
Amniocentesi (ed ulteriori test genetici quali ed esempio: G Test, Prenatal safe test, Harmony Test), Artrografia, Aortografia o Cavografia, Cisternografia, Broncoscopia, Colonscopia totale, Colangiografia, Colecistografia, Dacriocistografia, Dialisi, Laserterapia, Discografia, Esofagogastroduodenoscopia, Elettroencefalografia, PET, Scintigrafia, Tomografia computerizzata (TAC o TC) con esclusione di Dentalscan (o Dentascan o TC Dentale), Villocentesi, chemioterapia, cobaltoterapia e radioterapia, isterosalpinografia, Mineralogia e MOC E' inclusa anche la biopsia diagnostica (non scopo terapeutico) effettuata nel corso dell'accertamento conseguente ad esame di cui all'elenco.	In rete scoperto 15% min 100 Euro per sinistro Fuori rete scoperto 15% min 100,00 Euro per sinistro
Cure Oncologiche	Euro 20.000 annuo/nucleo dedicato a accertamenti/terapie previste in elenco di cui al precedente punto "Alta Specializzazione" conseguenti a patologie oncologiche. In rete per tali prestazioni oncologiche non si applicheranno scoperti/ franchigie. Fuori rete scoperto 15% min 100,00 Euro per sinistro
Rimpatrio salma	Euro 10.000 per sinistro
Diaria Sostitutiva	Euro 150 x giorno di ricovero Senza limite temporale, comprensiva del costo di eventuali ticket Euro 75 per Day surgery
Cure Dentarie	Max Euro 700 anno/nucleo In rete prestazioni identificate nel limite del nomenclatore con scoperto del 10% Fuori rete nel limite del nomenclatore con scoperto del 15%
Tickets	Le richieste di rimborso dei ticket potranno essere presentate di volta in volta, senza attendere il raggiungimento dei 100 Euro per ciascun nucleo familiare. Il rimborso viene evaso ogni trimestre.
Visite di controllo	1 volta al mese da 1 solo componente del nucleo familiare



Allegato 3 – Nomenclatore tariffario odontoiatrico

PREMESSE GENERALI

Non sono rimborsabili:

le terapie odontoiatriche con finalità estetiche;
qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in day surgery; ovvero con uso della sala operatoria, retta di degenza diurna, analgesia profonda;
qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in ricovero notturno; ovvero con uso della sala operatoria, retta di degenza notturna, analgesia profonda o anestesia generale; ■ l'esame istologico, anche se richiesto con le "Procedure necessarie per ottenere i rimborsi".

Qualsiasi prestazione non specificatamente descritta non è rimborsabile
L'anestesia locale è compresa nelle prestazioni, laddove necessaria

VISITA SPECIALISTICA - RADIOLOGIA ODONTOIATRICA E FOTOGRAFIE

Premesse specifiche della sottobranchia

Non è rimborsabile il completo radiografico endorale (16/21), il Dentscan.
Non è rimborsabile la radiografia endorale o radiografia occlusale, fotografia o immagine video intraorale, salvo quelle richieste e descritte per alcune prestazioni.

AVVERTENZE: La radiografia Ortopanoramica dentaria (O.P.T.) pre-cure si ritiene valida se eseguita non più di 4 (quattro) anni prima dell'inizio delle cure/prestazioni risultanti sul "Progetto di Cure" o sulla "Richiesta di Rimborso". Le radiografie: Rx endorali periapicali o occlusali e le fotografie o immagini video intraorali si ritengono valide se eseguite non più di 90 (novanta) giorni prima dell'inizio delle cure risultanti nel "Progetto di Cure" o sulla "Richiesta di Rimborso".

Il telecranio con esame cefalometrico pre-cure si ritiene valido se eseguito non più di 90 (novanta) giorni prima dell'inizio del trattamento. Le radiografie e fotografie post-cura devono essere eseguite alla fine delle cure.

Nota Bene: Gli esami pre e post cure per essere validi devono essere:

solo indagini radiografiche pre e post cure oppure solo indagini fotografiche pre e post cure.

I costi di tali esami non possono essere tra loro sommati sia nelle pre-cure, sia nel post-cure. Non sono valide le diapositive.

A titolo esemplificativo, al fine di avere una congruenza tra indagini radiologiche e/o fotografiche tra pre-cure e post-cure, si deve inviare nel post-cure la medesima tipologia di indagine inviata nel pre-cure: **pre-cure:** Rx (O.P.T. o endorale) --> **post-cure:** Rx (O.P.T. o endorale o occlusale)

pre-cure: fotografia o immagine video intraorale --> **post-cure:** fotografia o immagine video intraorale

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	BRANCA	TARIFFA
1	Prima visita con "Progetto di cure" - preventivo di spesa		Massimo 1 volta l'anno.	Progettocureeligiene	Eur 30,00 o
2	Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie pre e post-cure	Fototimbro o pennarello indelebile sull'O.P.T. (nome, cognome, data)	Massimo 2 volte l'anno.	Radiologia	Eur 30,00 o
3	Rx endorale periapicale: devono essere visibili almeno 3 elementi dentari contigui o la zona anatomica contigua (lastrine 4 x 3)	Nome, cognome, e data con pennarello indelebile sul porta lastrine	Al massimo 3 lastrine pre-cure e 3 lastrine postcure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	Radiologia	Eur 12,00 o
4	Rx occlusale: in caso di grandi riabilitazioni laddove non siano sufficienti le 3 (tre) Rx endorali/fotografie intraorali post-cure o non si è possibile eseguire una O.P.T. postcure	Nome, cognome, e data con pennarello indelebile su Rx occlusale	Al massimo 2 Rx occlusali post-cure: 1 radiogramma per arcata superiore, 1 radiogramma per arcata inferiore; unicamente in riferimento alla prestazioni richieste	Radiologia	Eur 12,00 o

5	In alternativa ad O.P.T.e/o Rx endorale periapicale: fotografia o immagine video intraorale	Pennarello indelebile sulle foto che indichi nome, cognome e data; se fotografie digitali medesimi riferimenti scritti con il computer. Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobrancia	Al massimo 3 fotografie pre-cure e massimo 3 fotografie post-cure o 2 fotografie intraorali occlusali pre e post-cure in caso di grandi riabilitazioni; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	Radiologia	Euro 5,00
6	Telecranio pre e post cure (qualsiasi numero di proiezioni) compreso eventuale esame cefalometrico pre-cure ortodontiche	Fototimbro o pennarello sul indelebile radiografia. (nome, la cognome, data)	Massimo 2 volte l'anno. Non rimborsabile se eseguite le fotografie pre e post cure. unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	Radiologia	Euro 35,00
7	In alternativa a Telecranio ed esame cefalometrico pre-cure ortodontiche per la terapia ortodontica funzionale rimovibile (cod. 63): fotografia del morso/morso inverso	Sulla foto indicare nome, cognome, e data di esecuzione con pennarello indelebile	Al massimo 3 fotografie pre-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	Radiologia	Euro 5,00
8	In alternativa al Telecranio post-cure per terapie ortodontiche fissa e funzionale rimovibile (cod. 62 e 63): fotografia dei modelli in occlusione	Sulla foto indicare nome, cognome, e data di esecuzione con pennarello indelebile	Al massimo 3 fotografie post-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	Radiologia	Euro 5,00

IGIENE ORALE

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	BRANCA	TARIFFA
9	Detartrasi sopragengivale e/o sottogengivale per entrambe le arcate	Può essere eseguita esclusivamente da odontoiatra igienista con diploma/laurea	Non ripetibile prima di 1 anno. Non sovrapponibile a scaling e root planing nello stesso anno	Progetto cure e Igiene	Euro 35,00

PARODONTOLOGIA

Premesse specifiche della sottobrancia

Le prestazioni di chirurgia in parodontologia non sono sovrapponibili sulle stesse arcate ed emiarcate o elementi dentari.

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	BRANCA	TARIFFA
10	Intervento di chirurgia gengivale o scaling e root planing a cielo aperto - per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	Parodontologia	Euro 360,00
11	Intervento di chirurgia mucogengivale o di approfondimento di fornice inclusa frenulectomia o frenulotomia - per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	Parodontologia	Euro 400,00
12	Intervento di chirurgia ossea (resetiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa) per emiarcata (trattamento completo - incluso qualsiasi tipo di lembo inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	Parodontologia	Euro 280,00
13	Intervento per gengivectomia o gengivoplastica - per emiarcata (come unica prestazione - non associabile ad altre)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	Parodontologia	Euro 175,00
14	Utilizzo di materiali biocompatibili - per emiarcata (qualsiasi tipo - incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	Parodontologia	Euro 200,00

15	Scaling e root planing - per emiarcata	Può essere eseguita esclusivamente da odontoiatra o igienista con diploma/laurea	Non ripetibile prima di 2 anni per la stessa emiarcata. Non sovrapponibile a detartrasi sopragengivale e sottogengivale nello stesso anno.	Parodontologia	Euro 65,00
16	Bloccaggio interdentale - per emiarcata (qualsiasi materiale utilizzato)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	Parodontologia	Euro 130,00
Premesse specifiche della sottobranchia					
Sono riconosciuti come rimborsabili unicamente gli interventi chirurgici sotto elencati, svolti ambulatorialmente ed in anestesia locale.					
CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	BRANCA	TARIFFA
17	Intervento di chirurgia endodontica per asportazione III° apicale della radice - per elemento (qualsiasi numero di radici - compresa chiusura apice chirurgico)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	Chirurgia orale	Euro 180,00
18	Intervento per prelievo bioptico dei tessuti molli o duri, qualsiasi regione della cavità orale, compresa la lingua (qualsiasi numero di prelievi per un unico tempo chirurgico)	Copia referto istologico	Una volta nella stessa zona anatomica, salvo autorizzazione medica. Costo esame istologico non rimborsabile.	Chirurgia orale	Euro 75,00
19	Intervento di chirurgia ortodontica per esposizione di elemento incluso, comprensivo dell'eventuale posizionamento di viti transmucose (qualsiasi tipo), per trazione elementi infraocclusione o parzialmente erotti, compresa la prestazione dell'ortodontista per l'ancoraggio - per elemento		Mai ripetibile per lo stesso elemento	Chirurgia orale	Euro 110,00
20	Avulsione (estrazione) semplice o complessa di dente o radice, o rimozione semplice o complessa di fixture in titanio - per elemento - per fixture (per qualsiasi numero di radici di elementi pluriradicolarati scoronati)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	Chirurgia orale	Euro 50,00
21	Avulsione (estrazione) chirurgica di dente o radice in inclusione ossea parziale o totale, o germectomia, o rimozione di fixture in titanio in inclusione ossea - per elemento per fixture (per qualsiasi numero di radici incluse di elementi pluriradicolarati scoronati)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	Chirurgia orale	Euro 90,00
22	Avulsione (estrazione) chirurgica di III° molare in disodontiasi - per elemento (comprese eventuali radici ritenute)	Rimborsabile esclusivamente in caso di riabilitazione protesica rimovibile contestuale o pregressa	Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	Chirurgia orale	Euro 130,00
23	Intervento per regolarizzazione cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi torus palatino o torus mandibolare per fini protesici - per emiarcata	Nel caso di asportazione cisti mucose o piccole neoplasie, copia referto istologico. In caso di ascesso invio copia diario clinico che espliciti l'elemento/gli elementi dentari, coinvolti nel processo suppurativo	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	Chirurgia orale	Euro 180,00
24	Frenulectomia e/o frenulotomia - per arcata	Copia referto istologico	Mai ripetibile per la stessa arcata	Chirurgia orale	Euro 100,00

25	Interventi di piccola chirurgia orale: incisione di ascessi o asportazione di cisti mucose o di piccole neoplasie - peremiarcata		Non ripetibile prima di 1 anno per la stessa emiarcata. Costo esame istologico non rimborsabile	Chirurgia orale	Euro 90,00
26	Asportazione di granuloma periferico a cellule giganti compresa eventuale resezione dell'osso alveolare		Una volta, mai ripetibile. Costo esame istologico non rimborsabile	Chirurgia orale	Euro 125,00
27	Avulsione (estrazione) di singola/e radice/i di dente pluriradicolato compresa rizotomia – per elemento (qualsiasi numero di radici - compreso lembo - non associabile ad altri tipi di prestazione)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	Chirurgia orale	Euro 100,00
28	Separazione di radici in dente pluriradicolato - per elemento (qualsiasi numero di radici compreso lembo - non associabile ad altri tipi di prestazione)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	Chirurgia orale	Euro 70,00

CONSERVATIVA					
Premesse specifiche della sottobrancia					
E' rimborsabile solo un'otturazione per dente. Non sono rimborsabili le otturazioni, qualsiasi tipo, su denti devitalizzati. Di norma, la prima e seconda classe di Black si riferiscono agli elementi dentari da primo premolare a terzo molare sup./inf.; la terza e quarta classe di Black si riferiscono agli elementi dentari da canino a canino sup./inf.; la quinta classe di Black è riferita a qualsiasi elemento dentario.					
CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	BRANCA	TARIFFA
29	Posizionamento di materiali protettivi sul fondo cavitario - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	Conservativa	Euro 30,00
30	Intarsi in oro o ceramica (e similari) inlay-onlay-overlay compreso provvisorio - per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento. Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Conservativa	Euro 280,00
31	I classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a II - III - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	Conservativa	Euro 65,00
32	II classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - III - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	Conservativa	Euro 80,00
33	III classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - II - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	Conservativa	Euro 65,00
34	IV classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - II - III classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	Conservativa	Euro 80,00
35	V classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	Conservativa	Euro 65,00
36	Ricostruzione del dente con perni endocanalari - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	Conservativa	Euro 110,00
ENDODONZIA					
Premesse specifiche della sottobrancia					
di solito 1 canale è presente negli incisivi centrali, laterali, superiori ed inferiori, nei canini superiori ed inferiori, nei canini superiori ed inferiori; 2 canali nei quattro premolari superiori ed inferiori; 3 o più canali nei 12 molari.					

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	BRANCA	TARIFFA
37	Trattamento endodontico monocanalare di - per elemento (1 canale - compresa otturazione della cavità accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	Endodonzia	Euro 90,00
38	Trattamento endodontico bicanalare - per elemento (2 canali - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	Endodonzia	Euro 150,00
39	Trattamento endodontico tricanalare o più - per elemento (3 canali o più - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	Endodonzia	Euro 200,00
40	Asportazione tessuto pulpare parziale o totale ed eventuale otturazione della camera pulpare - per elemento (qualsiasi numero di canali)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	Endodonzia	Euro 70,00

41	Ritrattamento endodontico rimborsabile per massimo 3 canali (compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale preendodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	Endodonzia	Euro 100,00
GNATOLOGIA					
CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	BRANCA	TARIFFA
42	Molaggio selettivo parziale o totale. Massimo 1 seduta		Non ripetibile prima di 1 anno	Gnatologia	Euro 90,00
43	Bite plane, o orto bite, o bite garde	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 2 anni	Gnatologia	Euro 300,00
IMPLANTOLOGIA					

Premesse specifiche della sottobranchia

Per il cod. 44 sono previste le seguenti procedure necessarie per ottenere i rimborsi:

• PRE-CURE:

O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale.

Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure". Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "pre-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "pre-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "pre-cure".

• POST-CURE:

O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o Rx occlusale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale.

Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure". Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "post-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "post-cure";
- Max 2 Rx occlusali "post-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "post-cure".
- Nella Rx endorale periapicale devono essere visibili gli elementi dentari contigui, qualora presenti, o la zona anatomica contigua alla/e fixture (Lastrine 4x3);
- O.P.T., fotografie o immagini video intraorali, devono riportare nome, cognome e data di esecuzione. Le Rx endorali periapicali devono riportare gli stessi dati scritti sul porta lastrina;

Nota bene: Nel caso in cui le 3 fotografie/3 Rx endorali periapicali post-cure previste si reputassero insufficienti ad evidenziare le parti anatomiche trattate, si devono inviare al loro posto n° 2 fotografie intraorali occlusali o n° 2 Rx occlusa

- Non verranno accettate diapositive al posto delle fotografie intraorali.

Attenzione: Nel caso in cui l'Odontoiatra o l'Assistito non ritenesse di eseguire l'O.P.T. e/o la Rx endorale periapicale è necessaria una dichiarazione su cartina testata dell'Odontoiatra che riporti le motivazioni per le quali non sono state eseguite le radiografie, specificando se la scelta è stata dell'Odontoiatra o dell'Assistito. Rimane comunque l'obbligo dell'invio delle fotografie pre e post-cure.

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	BRANCA	TARIFFA
44	Posizionamento di fixture - qualsiasi tipo di fixture - come unica prestazione - per fixture (per le procedure di rimborso vedi premesse specifiche della sottobranca)	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca. Vedi cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5.	Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	Implantologia	Euro 1.000,00

45	Intervento per aumento verticale e/o orizzontale del processo alveolare residuo con innesto di osso autologo nel seno mascellare (prelievo intraorale) e/o inserimento di materiali biocompatibili (qualsiasi tipo), o intervento per ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta mandibolare o mascellare con innesto di osso autologo, (prelievo intraorale) e/o utilizzo di materiali biocompatibili (qualsiasi tipo), o apertura del seno mascellare (per complicanze post-estrattive, presenza corpo estraneo, etc.) - intervento ambulatoriale - per emiarcata	Unicamente O.P.T. pre e post cure. Copia diario clinico. Non sono possibili RX endorali, Rx occlusali o fotografie	Una volta, mai ripetibile per la stessa emiarcata. In caso dovessero essere eseguiti 2 interventi chirurgici contemporaneamente in una unica seduta operatoria il secondo intervento verrà rimborsato al 50%	Implantologia	Euro 700,00
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------

PROTESI FISSE E RIMOVIBILI

Premesse specifiche della sottobranca

Qualsiasi prestazione di protesi fissa e/ori movibile non è rimborsabile prima di 5 anni, anche se necessaria per la protesizzazione di una fixture (impianto) sullo stesso elemento. Le voci protesi parziale rimovibile, protesi scheletrata, protesi totale, non sono fra loro compatibili sulla stessa arcata/emiarcata.

Per i cod. 46, 47 e 48 sono previste le seguenti procedure necessarie per ottenere i rimborsi:

• PRE-CURE:

O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale. Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure". Limiti di

rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "pre-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "pre-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "pre-cure".

• POST-CURE:

O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o Rx occlusale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale. Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure".

Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "post-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "post-cure";
- Max 2 Rx occlusali "post-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "post-cure".

- Nella Rx endorale periapicale devono essere visibili gli elementi dentari contigui, qualora presenti, o la zona anatomica contigua alla/e fixture (Lastrine 4x3);
- O.P.T., fotografie o immagini video intraorali, devono riportare nome, cognome e data di esecuzione. Le Rx endorali periapicali devono riportare gli stessi dati scritti sul porta lastrina;

Nota bene: Nel caso in cui le 3 fotografie/3 Rx endorali periapicali post-cure previste si reputassero insufficienti ad evidenziare le parti anatomiche trattate, si devono inviare al loro posto n° 2 fotografie intraorali occlusali o n° 2 Rx occlusali

- Copia certificazione del laboratorio odontotecnico dettagliata, ove richiesto;
- Non verranno accettate diapositive al posto delle fotografie intraorali.

Attenzione: Nel caso in cui l'Odontoiatra o l'Assistito non ritenesse di eseguire l'O.P.T. e/o la Rx endorale periapicale è necessaria una dichiarazione su carta intestata dell'Odontoiatra che riporti le motivazioni per le quali non sono state eseguite le radiografie, specificando se la scelta è stata dell'Odontoiatra o dell'Assistito. Rimane comunque l'obbligo dell'invio delle fotografie pre e post-cure.

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	BRANCA	TARIFFA
46	Elemento a giacca in resina – per elemento definitivo	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobrancia. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	Protesifisseerimovibili	Euro 240,00
47	Elemento fuso in lega preziosa o lega preziosae faccetta in resina o lega preziosa e faccetta in resinafresata,oelementometallo-composito,oelementometallo-resinaper elemento	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobrancia. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	Protesifisseerimovibili	Euro 400,00

48	Elementometallo-ceramicaometalfreeoAGCeporcellana -qualsiasitipo -perelemento	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobrancia. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	Protesifisseerimovibili	Euro 600,00
49	Elemento in resina provvisorio – per elemento		Massimo 1 volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di 5 anni	Protesifisseerimovibili	Euro 60,00
50	Elemento in resina provvisorio rinforzato – qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato – per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di 5 anni	Protesifisseerimovibili	Euro 80,00
51	Perno moncone fuso in lega preziosa o lega non preziosa o ceramici (qualsiasi tipo) – per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	Protesifisseerimovibili	Euro 180,00
52	Rifacimento moncone protesico – qualsiasi materiale - per elemento	Rimborsabile esclusivamente in caso di protesizzazione pregressa o contestuale di un elemento dentario	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	Protesifisseerimovibili	Euro 140,00
53	Rimozione corone o perni pre-esistenti – qualsiasi tipo (per singoli elementi/pilastri – per singoli perni) - non sono rimborsabili gli elementi intermedi eventualmente presenti		Non ripetibile prima di 5 anni	Protesifisseerimovibili	Euro 45,00
54	Riparazione di faccette in resina o ceramica		Non ripetibile prima di 2 anni	Protesifisseerimovibili	Euro 35,00

PROTESI RIMOVIBILI

Notabene: Per protesi totale definitiva (cod. 58) in caso di Overdenture su denti naturali è richiesto il cod. 58 inviando una dichiarazione dell'Odontoiatra che espliciti il suddetto tipo di possibile trattamento.

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	BRANCA	TARIFFA
55	Protesi scheletrata (qualsiasi tipo di lega) - per arcata - completa di elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	Protesifisseerimovibili	Euro 960,00
56	Struttura parziale rimovibile definitiva (qualsiasi tipo) - per emiarcata - completa di ganci ed elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	Protesifisseerimovibili	Euro 400,00

57	Struttura parziale rimovibile provvisoria (qualsiasi tipo) - per emiarcata – completa di ganci ed elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione della stessa emiarcata. Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	Protesi fisse e rimovibili	Euro 280,00
58	Protesi totale definitiva con elementi in ceramica o in resina - in pazienti totalmente edentuli - per arcata	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	Protesi fisse e rimovibili	Euro 850,00
59	Protesi totale immediata – per arcata	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione della stessa arcata. Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	Protesi fisse e rimovibili	Euro 700,00
60	Ribasamento di protesi rimovibile - sistema diretto o indiretto - per arcata	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico in caso di ribasamento indiretto	Non ripetibile prima di 1 anno per la stessa arcata.	Protesi fisse e rimovibili	Euro 150,00
61	Attacchi di precisione - per elemento (qualsiasi tipo di lega) o controfresaggi in lega preziosa, o cappette radicolari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	Protesi fisse e rimovibili	Euro 150,00