

VERBALE DI ACCORDO

In Milano, in data 19 ottobre 2020

tra

- Intesa Sanpaolo S.p.A., in qualità di Capogruppo

e

- le Rappresentanze Sindacali Aziendali e di Gruppo Assicurativo FIRST/CISL, FISAC/CGIL, FNA, SNFIA e UILCA

premesso che

- il terzo pilastro del Piano d'Impresa del Gruppo Intesa Sanpaolo 2018-2021 (di seguito Piano) punta ad aumentare i proventi operativi netti di Intesa Sanpaolo cogliendo significative opportunità di business in tutte le Divisioni, in particolare sull'assicurazione danni con l'obiettivo di diventare la prima compagnia italiana nel *retail non-motor* e una delle prime 4 assicurazioni danni in Italia;
- in tale ottica, nel mese di maggio 2020, Intesa Sanpaolo Vita ha assunto il controllo di RBM Assicurazione Salute - successivamente ridenominata Intesa Sanpaolo RBM Salute (di seguito ISP RBMS) – rafforzando significativamente il posizionamento del Gruppo Intesa Sanpaolo (di seguito Gruppo ISP) nel comparto ad alto valore aggiunto "Salute" e confermando la volontà del Gruppo ISP di raggiungere una leadership europea nel Wealth Management & Protection affermando il pieno sviluppo del modello distributivo di Banca Assicurazione;
- ISP RBMS applica attualmente ai propri dipendenti il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del settore Assicurativo (di seguito CCNL) e ha regolato con discipline aziendali taluni istituti ad oggi applicati al rapporto di lavoro dei propri dipendenti;
- le Parti nel tempo hanno sviluppato un modello di relazioni industriali teso a ricercare sempre nuove sinergie e capace di massimizzare la creazione di valore per tutte le persone, anche attraverso l'armonizzazione delle discipline aziendali per tutte le Compagnie della Divisione Insurance (di seguito le Compagnie);
- in tale quadro le Parti convengono di procedere all'armonizzazione dei trattamenti ad oggi in essere in ISP RBMS con le previsioni in tema di integrazione della contrattazione di primo livello e per la contrattazione di secondo livello applicate nelle Compagnie della Divisione Insurance (Intesa Sanpaolo Vita, Intesa Sanpaolo Assicura e Fideuram Vita) e, considerate le sinergie create dall'acquisizione di ISP RBMS, al riassetto delle previsioni relativa all'assistenza sanitaria;

si conviene quanto segue

1. la premessa costituisce parte integrante e sostanziale del presente accordo;
2. a far tempo dal 1° gennaio 2021 a tutto il personale di ISP RBMS sarà applicata la contrattazione di primo e di secondo livello della Divisione Insurance e i trattamenti economici e normativi da essa rinvenienti;

3. con riferimento alla banca ore residua, maturata e non fruita al 31 dicembre 2020, ISP RBMS richiederà al personale interessato la pianificazione dei residui più consistenti, fermo restando l'azzeramento degli stessi entro i 24 mesi, ove non fruiti;
4. in materia di buono pasto, sempre a far data dal 1° gennaio 2021, al Personale di ISP RBMS sarà attribuito un buono pasto giornaliero in forma elettronica del valore di € 5,16;
5. in materia di previdenza complementare il personale di ISP RBMS potrà aderire al Fondo Pensione a contribuzione definita del Gruppo Intesa Sanpaolo (di seguito Fondo Pensione ISP) quale Fondo unico di riferimento aziendale.

A tal fine, a decorrere dal 1° gennaio 2021 (a fronte dell'iscrizione da perfezionarsi entro il 30 giugno 2021) sarà riconosciuto, esclusivamente al Fondo Pensione ISP, il versamento di una aliquota datoriale minima pari al 3,5% della retribuzione utile ai fini del trattamento di fine rapporto unitamente all'eventuale contributo a carico dell'iscritto.

Sarà consentito il trasferimento della posizione già in essere presso il Fondo di provenienza al Fondo Pensione ISP, anche in un momento successivo all'iscrizione, secondo le modalità e le regole del Fondo stesso.

In conformità alle vigenti disposizioni di legge sarà comunque consentita la possibilità di mantenere la posizione di previdenza complementare eventualmente in essere ovvero di trasferirla a Fondi Pensione Aperti o a forme pensionistiche individuali, in ogni caso con esclusione della contribuzione a carico Azienda.

Il cosiddetto "tfr inoptato", ai sensi dell'art. 8, 7° comma del D.Lgs 252/2005, sarà versato, sempre a decorrere dal 1° gennaio 2021, al comparto Insurance del Fondo Pensione ISP.

6. al personale di ISP RBMS e al personale delle Compagnie della Divisione Insurance con contratto di lavoro a tempo indeterminato viene riconosciuta una forma di assistenza sanitaria mediante adesione rispettivamente alle Casse: Cassa Salute e Cassa Intesa Sanpaolo Assicura, con contribuzione integralmente a carico delle Compagnie, sostitutiva delle corrispondenti previsioni del CCNL per il personale appartenente alla categoria dei Funzionari e comprensiva del contributo previsto dal CCNL per il restante personale.

Tale assistenza sanitaria prevede le prestazioni elencate:

- nell'allegato "A" per tutto il personale non appartenente alla categoria Funzionari e si estende ai familiari fiscalmente a carico del dipendente e ai figli anche non conviventi purché fiscalmente a carico. È possibile estendere le prestazioni anche ai familiari non fiscalmente a carico ma conviventi (coniuge/convivente more uxorio/persona unita civilmente e figli) a fronte del pagamento di un premio aggiuntivo a carico del titolare per ogni assicurato di € 515,00 per il 2021.
- nell'allegato "B" per tutto il personale appartenente alla categoria Funzionari e si estende ai familiari fiscalmente a carico del dipendente, ai figli anche non conviventi purché fiscalmente a carico e al coniuge/convivente more uxorio/persona unita civilmente non fiscalmente a carico nei limiti di cui all'articolo 3 dell'allegato 5 al CCNL. È possibile estendere le prestazioni anche ai familiari non fiscalmente a carico ma conviventi (coniuge/convivente more uxorio/persona unita civilmente e figli) a fronte del pagamento di un premio aggiuntivo a carico del titolare per ogni assicurato di € 550,00 per il 2021.

Per realizzare la prestazione, le Casse possono stipulare quali contraenti idonee polizze assicurative.

7. al Personale di ISP RBMS saranno applicate le condizioni agevolate comuni a tutte le Società del Gruppo a far data dal 1° novembre 2020.

Per effetto di quanto previsto nel presente accordo le Parti condividono, inoltre, di estendere a ISP RBMS l'applicazione del Verbale di Accordo 9 marzo 2016 in materia di cessioni individuali di contratto.

Per quanto attiene al decreto legislativo 81/2008, le Parti si danno atto che gli attuali Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza di ISP RBMS rimarranno in carica fino al prossimo rinnovo degli RLS.

La decorrenza delle previsioni contenute nel presente accordo dovrà tenere conto del necessario allineamento dei sistemi operativi ed informativi di riferimento che potrà avvenire progressivamente nel corso del 2021.

INTESA SANPAOLO S.p.A.
in qualità di Capogruppo

FIRST/CISL

FISAC/CGIL

FNA

SNFIA

UILCA

ALLEGATI:

ALLEGATO A)
ELENCO DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLA COPERTURA SANITARIA PER IMPIEGATI E QUADRI

ALLEGATO B)
ELENCO DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLA COPERTURA SANITARIA PER FUNZIONARI

ALLEGATO C)
PRESTAZIONI PER GRANDI INTERVENTI

ALLEGATO D)
TARIFFE PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA PER I FUNZIONARI DELLE IMPRESE ASSICURATRICI

ALLEGATO E)
SPESE ESCLUSE DAL RIMBORSO
NORME VALIDE SIA PER ALLEGATO A) CHE ALLEGATO B)

**ELENCO DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLA COPERTURA SANITARIA
PER IMPIEGATI E QUADRI**

**A) RICOVERI (CON O SENZA INTERVENTO) – DAY HOSPITAL – INTERVENTO CHIRURGICO
AMBULATORIALE**

Rimborso delle spese sostenute:

- a) nei 90 gg. che precedono il ricovero, il day-hospital o l'intervento chirurgico ambulatoriale, per accertamenti diagnostici e visite specialistiche pertinenti all'infortunio o alla malattia che ha causato l'evento;
- b) durante il ricovero o la degenza in day hospital per:
 1. onorari di chirurgo, aiuto, assistente, anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento; prestazioni mediche, infermieristiche, consulti, esami e accertamenti diagnostici, medicinali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi; rette di degenza (con esclusione delle spese voluttuarie del tipo: telefono, tv e simili);
 2. retta e vitto dell'accompagnatore fino a € 60 giornalieri e per un massimo di 40 giorni per evento. Qualora l'istituto di cura non sia attrezzato ad ospitare l'accompagnatore, il rimborso riguarda, nei limiti anzidetti, le spese di pernottamento in albergo in Italia;
 3. le spese per l'eventuale assistenza infermieristica privata e personale fino a € 100 giornalieri e per un massimo di 20 giorni per evento.
- c) nei 90 gg. successivi al ricovero, al day hospital con intervento chirurgico, all'intervento chirurgico ambulatoriale, per esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, medicinali prescritti dal medico curante, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni tutte pertinenti alla cura dell'infortunio o della malattia che ha determinato l'evento, per nucleo familiare ed anno assicurativo. Per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, è prevista anche la possibilità di fruizione presso il proprio domicilio attraverso l'utilizzo di medici/professionisti convenzionati con il Network con applicazione della franchigia pari a € 20,00 a trattamento.
- d) nei seguenti casi particolari:
 1. trapianto di organi: per il prelievo e il trasporto di organi; in caso di donatore vivente, l'assicurazione è estesa alle spese per gli accertamenti diagnostici di compatibilità (anche se effettuati prima del ricovero) e per il ricovero del donatore;
 2. parto cesareo e aborto terapeutico: per le spese di cui alle lettere a) b) c) che precedono, ma con il limite di € 7.500,00 per nucleo familiare ed anno assicurativo, qualora il ricovero avvenga in struttura non convenzionata o con l'intervento di un medico non convenzionato;
 3. parto non cesareo: per le spese di cui alle lettere a) e b) fino alla concorrenza di € 2.000,00, per nucleo familiare ed anno assicurativo;
 4. nati nel corso dell'annualità assicurativa: i rimborsi spese sono operanti anche dopo la nascita nei limiti validi per la madre;
 5. chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri: limite di € 1.500,00 per occhio;
 6. trasporto all'istituto di cura o da un istituto ad un altro nel territorio Italiano o Stati membri Comunità Europea: per le spese dell'ambulanza, dell'unità coronarica mobile, fino alla concorrenza di € 2.000,00 per anno e per nucleo. Nel resto del mondo: fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno e per nucleo. In caso di decesso, sono comprese nei limiti di cui sopra le spese per il rimpatrio della salma.

Massimali

Le spese per le fattispecie previste al presente paragrafo A) vengono rimborsate:

- fino alla concorrenza di € 150.000,00 per nucleo familiare e anno assicurativo salvo massimali espressamente riportati.

Modalità di liquidazione dei sinistri – franchigie

In caso di utilizzo di strutture convenzionate il dipendente non sosterrà alcun onere per le prestazioni previste dal presente paragrafo A) sino a concorrenza dei predetti massimali, fatte salve eventuali situazioni di non praticabilità del rimborso diretto.

Negli altri casi il dipendente verrà rimborsato a richiesta, dietro presentazione di idonea documentazione, con applicazione di uno scoperto del 10% e delle seguenti franchigie per ciascun evento:

- € 600 in caso di ricovero
- € 400 in caso di Day Hospital
- € 200 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

Indennità sostitutiva in caso di prestazione a carico del S.S.N.

Qualora le prestazioni sanitarie rese necessarie dagli eventi del presente paragrafo A) restino a completo carico del S.S.N. le prestazioni assicurative di cui ai precedenti punti a) b) c) d.1) d.2) e d.3) sono sostituite con la corresponsione di una diaria di € 120,00 per ogni pernottamento in istituto di cura o per ogni giorno di degenza diurna per un massimo di 300 pernottamenti o giorni di degenza diurna per anno/persona.

Qualora parte delle prestazioni sanitarie (per ticket sanitari o per trattamento alberghiero) resti a carico dell'Assicurato, questi può scegliere tra il rimborso delle spese rimaste a suo carico o il percepimento della diaria di cui al comma che precede.

B) VISITE SPECIALISTICHE, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI, ASSISTENZA INFERMIERISTICA, CURE TERMALI

Rimborso delle spese sostenute, entro il limite di € 3.000,00, per nucleo familiare ed anno assicurativo per:

- a) visite specialistiche (escluse quelle relative a prestazioni odontoiatriche e ortodontiche) comprese quelle pediatriche (con esclusione: visite pediatriche relative a malattie esantematiche dell'infanzia e visite di carattere nipiologico relative all'accrescimento e delle visite odontoiatriche);
- b) trattamenti fisioterapici e trattamenti riabilitativi (intesi come: "cure e terapie di natura riabilitativa effettuati su prescrizione medico specialistica")
- c) spese per accertamenti diagnostici prescritti dal medico a seguito di un'alterazione dello stato di salute (sono escluse le prestazioni già previste nell'Alta Diagnostica)
- d) spese per assistenza infermieristica effettuata da personale abilitato e specializzato;
- e) spese per applicazione di apparecchio gessato;
- f) spese per cure dentarie rese necessarie da infortunio effettuate presso gabinetto dentistico;
- g) spese per cure termali; in questo caso verrà corrisposta una diaria giornaliera omnicomprensiva fino ad un massimo di € 60,00: La diaria è corrisposta per ogni giorno di permanenza nella stazione termale fino a un periodo massimo di 20 giorni per ogni anno assicurativo relativamente a ciascun assistito.

C) ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborsa all'Assistito, fino a concorrenza di € 6.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese extra-ricovero per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono, stabilendo pertanto che le stesse vengono escluse dalle prestazioni di cui al precedente paragrafo B):

- dialisi
- elettroencefalografia
- elettrocardiografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- scintigrafia
- TAC

- angiografia
- angiografia digitale
- arteriografia digitale
- broncoscopia
- chemioterapia
- cobaltoterapia
- diagnostica radiologica
- doppler
- ecografia
- laser terapia
- telecuore
- gastroscopia
- rettoscopia
- cistografia
- colonscopia
- coronarografia
- ecocardiografia
- ecocardiogramma
- ecolordoppler
- ecografia
- esofagogastroduodenoscopia
- EGDS (esofagoscopia + gastroscopia + duodenoscopia)
- radionefrogramma
- Urografia

Modalità di liquidazione dei sinistri – franchigie

In caso di utilizzo di strutture convenzionate il dipendente non sosterrà alcun onere per le prestazioni previste dal presente paragrafo B) e C) sino a concorrenza dei predetti massimali, fatte salve eventuali situazioni di non praticabilità del rimborso diretto.

Negli altri casi il dipendente verrà rimborsato a richiesta, dietro presentazione di idonea documentazione in originale, con applicazione dei seguenti scoperti e franchigia:

- scoperto 20% con il minimo di € 26,00 per evento per le prestazioni di cui al punto B);
- scoperto 15% con il minimo di € 50,00 per evento per le prestazioni di cui al punto C);
- i ticket sanitari sono rimborsati integralmente

D) LENTI OCULISTICHE

Rimborso dell'80% [100% in strutture convenzionate e in S.S.N., franchigia di € 50,00 per evento in strutture non convenzionate] delle spese sostenute per l'acquisto di lenti per occhiali (compresa la montatura) a seguito di documentata variazione del visus fino alla concorrenza di € 300,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

E) CURE DENTARIE

Rimborso dell'80% delle spese sostenute per cure odontoiatriche e ortodontiche (compreso ablazione tartaro) fino alla concorrenza di € 1.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, aumentato di € 500,00 per i primi due carichi familiari, con una franchigia minima di € 150,00 per persona a carico dell'Assicurato. È previsto un limite di € 500,00 per gli apparecchi ortodontici. Possibilità di utilizzo strutture convenzionate.

F) PREVENZIONE

Annualmente al dipendente verranno garantite le seguenti prestazioni:

- vaccinazione antinfluenzale a rimborso
- prevenzione cardiologica presso strutture convenzionate
- prevenzione oncologica presso strutture convenzionate

G) TERAPIE PER MALATTIE ONCOLOGICHE

In caso di malattie oncologiche e/o neoplasiche comprovate da apposita documentazione medica, la Società rimborsa all'Assistito le spese sostenute per le terapie extra-ricovero.

La presente garanzia è prestata fino a concorrenza di € 6.000,00 per anno/nucleo.

Le prestazioni effettuate in regime di assistenza diretta verranno riconosciute al 100%.

Il rimborso sarà effettuato applicando uno scoperto pari al 20% con il minimo di € 50,00 per evento.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%.

H) PROTESI ACUSTICHE

Massimale di € 1.500,00 anno/nucleo per l'acquisto di protesi acustiche. Le prestazioni effettuate in regime di assistenza diretta verranno riconosciute al 100%. Il rimborso delle spese verrà effettuato con l'applicazione di una franchigia fissa di € 51,00 per evento.

I) ALTRE GARANZIE

I.1 Visite di controllo: possibilità di poter effettuare, 1 volta all'anno, presso i Centri Autorizzati del Network, una visita specialistica in qualsiasi specializzazione messa a disposizione dalla struttura prescelta in modo completamente gratuito, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). 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 anno, dal titolare della copertura e al massimo 1 componente del nucleo familiare assicurato.

I.2 Fecondazione Eterologa: copertura assicurativa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore. Il massimale annuo di spesa previsto per tale garanzia è pari ad € 250,00 anno/nucleo.

I.3 Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale: inclusione nella garanzia "Alta Diagnostica" dei test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (e.g. Harmony test, Prenatl Safe, etc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi ed alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale. Tali test sono riconosciuti esclusivamente in alternativa all'amniocentesi/villocentesi.

Modalità di erogazione: età materna maggiore di 35 anni e gravidanza a rischio (indipendentemente dall'età materna). In tal caso il medico prescrittore dovrà specificare le malattie (preesistenti o insorte durante la gravidanza) che comportano un rischio per la donna o per il feto.

Il massimale annuo di spesa previsto per tale garanzia è condiviso con la garanzia "Alta Diagnostica".

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 50,00 per evento a carico dell'Assistito.

I.4 Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assistiti): in caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a € 1.000,00 per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

I.5 Controllo Pediatrico: la presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, da effettuarsi presso struttura convenzionata aderente al Network, alle seguenti condizioni: 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi, 1 visita ai 4 anni, 1 visita ai 6

anni. Per ciascuna prestazione è prevista una franchigia a carico dell'Assistito di importo pari ad € 36,15.

I.6 Immunonutrizione: nell'ambito della garanzia ricovero si intendono ricompresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS. È garantito il servizio di reperimento a carico della Cassa o presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente. La presente garanzia è erogata dalla Società senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

I.7 Cure termali minori: la presente garanzia prevede il rimborso delle seguenti cure termali erogate una volta all'anno ad Assistiti di età non superiore a 15 anni presso le strutture convenzionate con il Network con uno scoperto del 50% per il ciclo di prestazioni:

- cure Inalatorie: inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione,
- cure Otorinolaringoiatriche: insufflazioni endotimpaniche, politzer crenoterapico.

ELENCO DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLA COPERTURA SANITARIA PER FUNZIONARI

A) Ricoveri di medicina o chirurgia ed Interventi chirurgici ambulatoriali

Punto 1) Ricoveri per c. d. «grandi interventi», intendendosi per tali quelli indicati all'allegato C:

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e/o l'intervento;
- rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico – sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero – per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, incluso il noleggio dei macchinari per la fisioterapia e dei supporti ortopedici.

Con il limite massimo per anno assicurativo, per nucleo familiare, di € 240.000,00.

- retta e vitto dell'accompagnatore fino a € 60 giornalieri e per un massimo di 40 giorni per evento. Qualora l'istituto di cura non sia attrezzato ad ospitare l'accompagnatore, il rimborso riguarda, nei limiti anzidetti, le spese di pernottamento in albergo;
- salvo quanto diversamente esplicitamente previsto, anche per i ricoveri di cui al presente punto 1) valgono le medesime previsioni dei ricoveri di cui al successivo punto 2) lettera c) d) e) f).

Indennità sostitutiva in caso di prestazione a carico del S.S.N.

Qualora le prestazioni sanitarie rese necessarie dagli eventi di cui alla lettera A) restino a completo carico del S.S.N. sono sostituite con la corresponsione di una diaria di € 120,00 per ogni pernottamento in istituto di cura o per ogni giorno di degenza diurna per un massimo di 300 pernottamenti o giorni di degenza diurna per anno. Qualora parte delle prestazioni sanitarie (per ticket sanitari o per trattamento alberghiero) resti a carico dell'Assicurato, questi può scegliere tra il rimborso delle spese rimaste a suo carico o il percepimento della diaria di cui al comma che precede.

Punto 2) Altri ricoveri per malattia e infortunio (diversi da quelli di cui al punto 3), interventi chirurgici ambulatoriali:

- a) rimborso delle spese relative al ricovero e/o all'eventuale intervento chirurgico (retta di degenza, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, spesa camera operatoria, assistenza infermieristica, medicinali, medicazioni, esami, ecc.);
- b) in caso di ricovero, anche giornaliero, con o senza intervento chirurgico, rimborso delle spese per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico – sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero – per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, incluso l'acquisto di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature necessarie dalla patologia;
- c) chirurgia refrattiva e trattamenti con laser eccimeri: solo per il titolare, € 1.500,00 per occhio;
- d) rimborso integrale di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero anche giornaliero e/o l'intervento e per trasporto in ambulanza, nei casi in cui lo stesso sia necessario a causa delle condizioni di salute del paziente; per i paesi UE, il trasporto con altri mezzi è previsto con il limite massimo di € 2.000,00 e € 5.000,00 per il resto del mondo; in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'Estero la Società pagherà le spese funerarie per il rimpatrio della salma.

- e) le spese per vitto e pernottamento in Istituto di Cura di un accompagnatore dell'Assicurato, solo per l'Italia € 60,00 al giorno max 40 gg;
- f) trapianti / donatore: nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o infortunio è altresì compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero, relative al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza.

Con il limite massimo per anno assicurativo, per nucleo familiare, di € 150.000,00 salvo massimali espressamente riportati.

Punto 3) Parto:

- a) Parto normale:
 - rimborso delle spese di degenza;
 - rimborso di tutte le altre spese (onorario medico ostetrico, assistenza pediatrica, ostetrica, ecc.) nel limite massimo di € 4.000,00;
- b) Parto cesareo e gravidanza extrauterina: rimborso delle spese sostenute nelle stesse misure e con gli stessi limiti previsti per i ricoveri di chirurgia di cui al precedente punto 2).

Punto 4) Altre prestazioni:

Sub A)

ALTA DIAGNOSTICA:

rimborso all'85% con franchigia minima di € 40,00, con il limite massimo per anno assicurativo, per nucleo familiare, di € 6.000,00 delle spese extraospedaliere sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:

agopuntura prestata da medico specialista, angiografia e angiografia digitale, arteriografia digitale, bilancio ormonale, broncoscopia, cistografia, colonscopia, colposcopia, coronarografia, diagnostica radiologica, dialisi, ecografia (per non più di tre esami annui), ecocardiografia, EGDS, elettrocardiografia, ecocardiogramma, ecocolordoppler, elettroencefalografia, endoscopia, esofagogastroduodenoscopia, laserterapia, logopedia, mammografia, mineralogia ossea computerizzata, pap test, radionefrogramma, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, TAC, telecuore, tomografia ad emissione di positroni, urografia.

Sub B)

PRESTAZIONI ONCOLOGICHE:

rimborso integrale delle spese sostenute per le terapie relative a malattie oncologiche (cobaltoterapia, ecc.) con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare, di € 23.000,00.

Sub C)

CURE DOMICILIARI/AMBULATORIALI:

rimborso all'85% con franchigia minima di € 26,00, con il limite massimo per anno assicurativo, per nucleo familiare, di € 3.000,00 delle spese extra ospedaliere sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche: visite mediche specialistiche, (escluse odontoiatriche e ortodontiche) cure omeopatiche (visite mediche e accertamenti ambulatoriali); cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi; applicazione apparecchio gessato; cure dentarie da infortunio; assistenza infermieristica; accertamenti diagnostici; protesi ortopediche ed acustiche, tutori e similari, carrozzelle ortopediche, noleggio apparecchiature per emodialisi.

Sub D)

rimborso al 100% del ticket pagato per le suddette prestazioni rese dal SSN.

Modalità di liquidazione dei sinistri – franchigie

In caso di utilizzo di strutture convenzionate il dipendente non sosterrà alcun onere per le prestazioni previste al punto 4) sino a concorrenza dei predetti massimali, fatte salve eventuali situazioni di non praticabilità del rimborso diretto.

Cure termali

La Società corrisponderà, una diaria giornaliera omnicomprensiva fino ad un massimo di € 60,00 al giorno. La diaria è corrisposta per ogni giorno di permanenza nella stazione termale fino a un periodo massimo di 20 giorni per ogni anno assicurativo relativamente a ciascun assistito.

Spese oculistiche

Rimborso dell'80% con franchigia di € 50,00 per evento in strutture non convenzionate oppure 100% in strutture convenzionate e in S.S.N., delle spese sostenute per l'acquisto di lenti per occhiali (inclusa la montatura) a seguito di documentata variazione del visus fino alla concorrenza di € 500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Prevenzione

Fruizione gratuita presso strutture convenzionate di:

- check-up annuo, nel limite del massimale annuo di € 500,00 e per il solo funzionario, sulla base di una prescrizione medica, senza applicazione di scoperti o franchigie.

Fruizione a rimborso di:

- vaccinazione antinfluenzale annuale

B) Prestazioni odontoiatriche

Rimborso delle spese sostenute per prestazioni odontoiatriche entro i limiti previsti per ciascuna prestazione dalla allegata tabella (all. D al presente accordo), con il limite massimo, per anno assicurativo per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare, pari a € 2.000,00, aumentato di € 1.100,00 per i primi due carichi familiari e di € 500,00 per ciascuno dei carichi familiari successivi.

In alternativa al trattamento di cui al 1° comma, al Funzionario che ne faccia esplicita richiesta all'atto della presentazione della prima notula di rimborso nell'anno, verranno rimborsate, entro i limiti massimi indicati al 1° comma, le spese effettivamente sostenute con una franchigia assoluta del 20%. Possibilità di utilizzo strutture convenzionate.

C) Altre Garanzie

1) Visite di controllo: possibilità di poter effettuare, 1 volta all'anno, presso i Centri Autorizzati del Network, una visita specialistica in qualsiasi specializzazione messa a disposizione dalla struttura prescelta in modo completamente gratuito, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). 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 anno, dal titolare della copertura e da al massimo 1 componente del nucleo familiare assicurato.

2) Fecondazione Eterologa: copertura assicurativa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore. Il massimale annuo di spesa previsto per tale garanzia è pari ad € 250,00 anno/ nucleo

3) Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale: inclusione nella garanzia "Alta Diagnostica" dei test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (e.g. Harmony test, Prenatal Safe, etc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi ed alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale. Tali test sono riconosciuti esclusivamente in alternativa all'amniocentesi/villocentesi.

Modalità di erogazione: età materna maggiore di 35 anni e gravidanza a rischio (indipendentemente dall'età materna). In tal caso il medico prescrittore dovrà specificare le malattie (preesistenti o insorte durante la gravidanza) che comportano un rischio per la donna o per il feto.

Il massimale annuo di spesa previsto per tale garanzia è condiviso con la garanzia "Alta Diagnostica".

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 50,00 per evento a carico dell'Assistito.

4) Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assistiti): in caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a € 1.000,00 per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

5) Controllo Pediatrico: la presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, da effettuarsi presso struttura convenzionata aderente al Network, alle seguenti condizioni: 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi, 1 visita ai 4 anni, 1 visita ai 6 anni. Per ciascuna prestazione è prevista una franchigia a carico dell'Assistito di importo pari ad € 36,15.

6) Immunonutrizione: nell'ambito della garanzia ricovero si intendono ricompresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS. È garantito il servizio di reperimento a carico della Cassa o presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente. La presente garanzia è erogata dalla Società senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

7) Cure termali minori: la presente garanzia prevede il rimborso delle seguenti cure termali erogate una volta all'anno ad Assistiti di età non superiore a 15 anni presso le strutture convenzionate con il Network con uno scoperto del 50% per il ciclo di prestazioni:

- Cure Inalatorie: inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione
- Cure Otorinolaringoiatriche: insufflazioni endotimpaniche, politzer crenoterapico.

D) Sono disponibili in favore dell'Assicurato tutti i giorni (365 giorni all'anno e h 24) i seguenti servizi di consulenza medica:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

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

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assicurato.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con cui può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni e non comporta costi per l'Assicurato.

E) E' altresì garantito il Servizio di Guardia Medica Permanente.

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Non è previsto alcun costo a carico dell'Assicurato per la chiamata. Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

Sarà inoltre garantito il servizio di Second Opinion.

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

Le sole prestazioni di cui al punto 1) della lettera A) del presente allegato, sono estese al coniuge del Funzionario anche se non a carico, purché lo stesso sia convivente, o al convivente more uxorio che non godano di un reddito annuo lordo superiore a € 37.000 annui.

Inoltre le sole prestazioni di cui al punto 2) del presente allegato, sono estese, al coniuge del Funzionario anche se non a carico, purché lo stesso sia convivente, o al convivente more uxorio che non godano di un reddito annuo lordo superiore a € 26.500 annui.

Al 1° gennaio d'ogni anno, detti importi si intendono adeguati sulla base della variazione dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati verificatasi nel mese di dicembre dell'anno precedente rispetto al dicembre dell'anno precedente ancora.

Agli effetti dell'applicazione dei precedenti commi si fa riferimento all'entità del reddito percepito alla data del 1° gennaio dell'anno in cui vengono effettuati i rimborsi.

Il riconoscimento dell'assistenza sanitaria al convivente more uxorio presuppone che non sussista, o non sussista più, vincolo matrimoniale del Funzionario.

Agli effetti di quanto stabilito dal presente allegato, la convivenza more uxorio va comprovata da documentazione ufficiale; il Funzionario che richiede l'assistenza per il convivente deve annualmente rilasciare all'azienda apposita dichiarazione della quale si assume tutte le responsabilità.

Le prestazioni di cui alla lettera A) punto 1), e punto 4) sub b) della presente garanzia sanitaria con i massimali ed alle condizioni ivi previsti, nonché quelle di diagnostica (angiografia, endoscopia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, tac, telecuore, tomografia ad emissione di positroni) e le rilevanti terapie (dialisi e laserterapia) nel limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 3.500,00 sono estese ai Funzionari cessati dal servizio che al momento della risoluzione del rapporto di lavoro, esclusi i casi di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo, abbiano maturato il diritto alla pensione del regime obbligatorio, ovvero qualora questo diritto maturi entro 24 mesi dalla data di cessazione, per un periodo di tre anni successivi la data di cessazione. In caso di decesso del funzionario detta disciplina decade.

Agli effetti del rimborso di cui al presente allegato gli esami di laboratorio, radiologia e terapia fisica, le prestazioni di riabilitazione nonché i ricoveri od interventi chirurgici ambulatoriali debbono essere prescritti dal medico.

PRESTAZIONI PER GRANDI INTERVENTI

Per grandi interventi s'intendono quelli per i quali la tariffa minima, approvata con D. P. R. 28 dicembre 1965, n. 1763, prevede per il chirurgo operatore un onorario non inferiore a € 41,32.

Sono, inoltre, comprese fra le prestazioni di cui sopra anche le seguenti, per le quali l'onorario del chirurgo operatore, previsto dalla tariffa minima approvata con Decreto 1965 n. 1763, è inferiore a € 41,32:

CHIRURGIA GENERALE

COLLO

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

ESOFAGO

- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia
- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toracolaparocervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastropastica, esofagodigiunoplastica, esofago-colonoplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica anti-reflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiale
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale o toracosopia
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee

TORACE

- Mastectomia radicale con linfadenectomia
- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Timectomia per via toracica o toracoscopica
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie o pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche
- Toracoplastica: I e II tempo
- Exeresi per tumori delle coste o dello sterno

PERITONEO

- Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali

STOMACO – DUODENO – INTESTINO TENUE

- Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Interventi di riconversione per dumping syndrome

- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias
- Resezione intestinale per via laparoscopica

COLON – RETTO

- Emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica
- Resezione rettocolica con anastomosi coloanale per via tradizionale o laparoscopica
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica.
- Amputazione del retto per via addominoperineale
- Microchirurgia endoscopica transanale
- Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche maggiori e minori
- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale
- Colectistectomia laparoscopica
- Anastomosi bilio-digestive
- Reinterventi sulle vie biliari
- Chirurgia dell'ipertensione portale:
 - a) interventi di derivazione
 - anastomosi porto-cava
 - anastomosi spleno-renale
 - anastomosi mesenterico-cava
 - b) interventi di devascolarizzazione
 - legatura delle varici per via toracica e/o addominale
 - transezione esofagea per via toracica
 - transezione esofagea per via addominale
 - deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
 - transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofagogastrica

PANCREAS – MILZA – SURRENE

- Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia
- Derivazioni pancreato-Wirsung digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

MAXILLO-FACCIALE

- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporomandibolare
- Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito-zigomatiche comprese)
- Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale
- Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Ricostruzione della mandibola con innesti ossei
- Ricostruzione della mandibola con materiale alloplastico

CARDIOCHIRURGIA

- Ablazione transcateretere
- Angioplastica coronarica
- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non esclusi dalla garanzia

- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
- Pericardiectomia totale
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvole con protesi
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali
- Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
- Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia
- Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per ascesso cerebrale
- Intervento per epilessia focale
- Cranioplastiche ricostruttive
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali
- Interventi per ernia discale toracica
- Interventi per ernia discale lombare
- Laminectomia decompressiva ed esplorativa
- Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache
- Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica
- Interventi sulle arterie viscerali o renali
- Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore
- Interventi di rivascolarizzazione extraanatomici
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore
- Trombectomia venosa iliaco-femorale
- Trattamento dell'elefantiasi degli arti

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Trattamento dell'atresia dell'esofago
- Trattamento di stenosi tracheali
- Trattamento di ernie diaframmatiche
- Trattamento delle atresie delle vie biliari
- Intervento per megacolon
- Intervento per atresia anale

- Intervento per megauretere

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi grandi segmenti
- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artroprotesi di spalla
- Artroprotesi di anca parziale o totale
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomy
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Osteosintesi vertebrale
- Trattamento cruento dei tumori ossei
- Disarticolazione interscapolo toracica

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrolitotrixxia percutanea (PVL)
- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Estrofia vescicale e derivazione
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovesica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescicovaginale, vaginointestinale
- Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Prostatectomia radicale con linfadenectomia
- Plastiche per incontinenza urinaria femminile
- Resezione uretrale e uretrorrafia
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Exenteratio pelvica
- Isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via vaginale
- Laparotomia per ferite o rotture uterine
- Isterectomie per via laparoscopica

CHIRURGIA OCULISTICA

- Vitrectomia anteriore e posteriore
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Trabeculectomia
- Distacco di retina

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Parotidectomy con conservazione del facciale
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Asportazioni di tumori parafaringei
- Svuotamento funzionale o demolitivo del collo

- Chirurgia dell'otite colesteatomatosa
- Neurectomia vestibolare
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico
- Exeresi di paraganglioma timpano-giugolare
- Petrosectomia
- Laringectomia sopraglottica o subtotale
- Laringectomie parziali o verticali
- Laringectomia e faringolaringectomia totale
- Exeresi fibrangioma rinofaringeo
- Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne

Si considerano "interventi di alta chirurgia" anche:

- Il trapianto ed espianto di organi;
- Gli interventi che per complessità siano assimilati e riconducibili agli interventi previsti dall'elenco precedente;
- Il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).

**TARIFE PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA
PER I FUNZIONARI DELLE IMPRESE ASSICURATRICI**

DIAGNOSTICA

Visita parere professionale in studio	€ 23
Visita a domicilio del paziente:	
- diurna	€ 40
- notturna	€ 51

RADIOGRAFIA

Radiografia endorale	€ 29
Radiografia extraorale	€ 34
Scialografia	€ 40
Arcata dentaria completa	€ 122

ANESTESIA

Anestesia locale plessica	€ 23
Anestesia tronculare	€ 29

CHIRURGIA

Alveolite – emorragia postestrattiva (per seduta)	€ 18
Avulsione dentaria o radice di dente semplice	€ 40
Avulsione dentaria indaginosa	€ 122
Avulsione di un dente in inclusione ossea	€ 144
Piccoli interventi di chirurgia orale	€ 34
Apicectomia (cura del canale a parte)	€ 111
Intervento chirurgico preprotetico (per ogni arcata)	€ 111
Biopsia	da € 29 a € 45
Implantologia, per ogni elemento impiantato (protesi esclusa) ¹	€ 551

CURE CONSERVATIVE

Medicazione per carie superficiale	€ 51
Devitalizzazione monoradicolare	€ 84
Devitalizzazione pluriradicolare	€ 106
Cura della gangrena pulpale (per seduta)	€ 34
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità semplice	€ 34
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità combinata	€ 40
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità semplice	€ 73
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità combinata	€ 111
Cure elettromedicali (per seduta)	€ 23

PROTESI FISSA

Corona stampata in acciaio	€ 62
Corona stampata in oro (metallo escluso)	€ 177
Corona due tempi (metallo escluso)	€ 166
Corona in resina	€ 172

¹ Nota a verbale: nei casi di chirurgia implantologica con ricovero, sempre che l'intervento abbia richiesto anestesia totale, motivata da particolare e documentata patologia del paziente, il rimborso delle spese avverrà, nell'ambito del massimale previsto dall' allegato B, lett. A) punto 2) con il limite massimo per anno assicurativo per nucleo familiare di € 15.000,00.

Corona in porcellana	€ 254
Corona Dawis	€ 183
Corona fusa (metallo escluso)	€ 232
Corona Richmond (metallo escluso)	€ 287
Perno moncone	€ 177
Corona 3/4 (metallo escluso)	€ 122
Elemento di ponte fuso in acciaio	€ 67
Elemento di ponte fuso in oro (metallo escluso)	€ 155
Elemento di ponte fuso in acciaio e resina	€ 100
Elemento di ponte in oro e resina (metallo escluso)	€ 287
Elemento di ponte fuso in oro e porcellana (punte platino)	€ 353
Elemento di ponte resina	€ 177
Protesi di fissazione per elemento (metallo escluso)	€ 232
Intarsio a perno	€ 100
Corona estetica in oro e resina (metallo escluso)	€ 287
Corona estetica in oro e porcellana (metallo escluso)	€ 353
Corona in resina provvisoria	€ 51
Rimozione di protesi (per corona)	€ 34
Intarsi (metallo escluso)	€ 210

PROTESI MOBILE

Ganci filo (metallo escluso)	€ 45
Ganci fusi (metallo escluso)	€ 51
Apparecchio mobile in resina, formato da 1 elemento	€ 84
Apparecchio mobile in resina, formato da 2 elemento	€ 122
Apparecchio mobile in resina, formato da 3 elemento	€ 177
Apparecchio mobile in resina, formato da più di tre elementi	€ 84
Completo inferiore in resina	€ 1.211
Completo superiore in resina	€ 1.211
Completo superiore e inferiore in resina	€ 2.311
Scheletrato (metallo a parte) superiore a 4 elementi	€ 914
Scheletrato (metallo a parte) di 4 o inferiore a 4 elementi	€ 683
Attacchi, ammortizzatori, cerniere, incastro, ecc. (metallo escluso)	€ 177
Ribasatura diretta	€ 122
Ribasatura indiretta	€ 232
Riparazione semplice	€ 84
Aggiunta di un elemento alle riparazioni (per elemento)	€ 84

PARADENTOSI

Ablazione tartaro e pulitura denti	€ 100
Cura stomatite (per seduta)	€ 29
Cura chirurgica delle malattie del paradenzio (per seduta)	€ 34
Gengivectomia (per ogni gruppo di 4 denti)	€ 100

ORTODONZIA INFANTILE

Esame e studio su modelli	€ 67
Tattamento ortodontico (compresi apparecchi fissi o rimovibili):	
– primo anno di cura	€ 1.046
– ciascun anno successivo	€ 1.046

**SPESE ESCLUSE DAL RIMBORSO
NORME VALIDE SIA PER ALLEGATO A) CHE ALLEGATO B)**

Sono in tutti i casi escluse dal rimborso le spese relative a:

- a. rette di degenza in caso di ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.), ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- b. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- c. gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- d. le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- e. gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;
- f. psicoterapia salvo che non sia eseguita da medico o da psicologo abilitato all'esercizio della professione;
- g. psicoanalisi;
- h. agopuntura non effettuata da medico;
- i. spese alberghiere per cure termali e idropiniche salvo quanto previsto alla garanzia Cure Termali;
- j. in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione.
- k. malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- l. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- m. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi tutti verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.