

postaprotezione fondosalute

piano sanitario 3

Contratto di assicurazione sanitaria

**Contratto di assicurazione sanitaria – Estratto del fascicolo informativo
da consegnare agli assistiti del Fondo di Assistenza Sanitaria
Integrativa Postevita**

Glossario

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assicurato o Assistito: il dipendente (inclusi, qualora da questi richiesto, i relativi componenti del Nucleo Familiare come di seguito meglio definito) dell'Ente Aderente che, previa sottoscrizione di un apposito contratto o accordo collettivo aziendale, ovvero mediante l'adozione di uno specifico regolamento interno, ha richiesto e ottenuto l'adesione al Fondo Sanitario.

Assicurazione: il contratto di assicurazione sottoscritto dal Fondo.

Carenza: il periodo iniziale decorrente dalla data di efficacia della copertura assicurativa durante il quale le garanzie non saranno operanti e pertanto l'eventuale sinistro non sarà indennizzato all'Assicurato da parte di Poste Assicura S.p.A.

Cartella clinica: il documento ufficiale redatto durante il ricovero con pernottamento o il Day hospital/surgery o l'intervento ambulatoriale, contenente le generalità dell'Assicurato, la diagnosi, l'anamnesi patologica, prossima e remota, le terapie effettuate, gli interventi chirurgici effettuati, gli esami e il diario clinico, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Fondo: il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga a pagare il Premio.

Convenzione: accordo tra il Fondo e Poste Assicura S.p.A. al fine di disciplinare le modalità di sottoscrizione della Polizza.

Ente Aderente o Ente: il soggetto giuridico che ha aderito al Fondo al fine di rendere i propri dipendenti (inclusi, qualora da questi richiesto, i relativi componenti del Nucleo Familiare come di seguito meglio definito) fruitori delle prestazioni erogate dal Fondo.

Franchigia: la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Grande Intervento Chirurgico: l'Intervento chirurgico rientrante nell'Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici inserito nel presente Fascicolo Informativo (Allegato 1).

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

Indennizzo: la somma dovuta da Poste Assicura S.p.A. in caso di sinistro in forza del presente contratto.

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

Intervento chirurgico: l'atto medico realizzato in Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo.

Non sono altresì considerati interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsivoglia medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti.

Istituto di cura: l'ospedale pubblico, l'istituto universitario, la clinica o casa di cura privata regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza o lunga degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Malattia: ogni riscontrabile e obiettivabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, a carattere evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.

Malattia mentale: tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale: la somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia.

Medicina alternativa o complementare / medicina non ufficiale: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Network convenzionato: l'insieme di Istituti di cura, centri diagnostici ed équipe mediche e chirurgiche eroganti servizi sanitari che alla data del sinistro abbiano stipulato un convenzionamento ai sensi del quale potranno fornire all'Assicurato le prestazioni sanitarie con costo sostenuto da Poste Assicura S.p.A., in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

Polizza: il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: il corrispettivo annuo dovuto dal Fondo a Poste Assicura S.p.A.

Retta di degenza: costo giornaliero per la degenza/il ricovero in Istituto di cura e per l'ordinaria assistenza medico-infermieristica, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero: la degenza dell'Assicurato in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero improprio: la degenza/il ricovero sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

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

Scoperto: la percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

Società: Poste Assicura S.p.A.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, 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. 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. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

Visita specialistica: la visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.

Condizioni di Assicurazione per l'Assicurato

Art. 1 – Decorrenza, durata e proroga dell'Assicurazione

La presente copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza e ha durata annuale con tacito rinnovo.

Resta ferma la possibilità per ciascun Ente Aderente di far cessare la propria adesione al Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita con le modalità e nei termini previsti nel Regolamento del Fondo. In tal caso le garanzie assicurative cesseranno per tutti gli Assicurati dell'Ente, a decorrere dalla data di efficacia del recesso, così come indicato nel medesimo Regolamento.

Art. 2 - Foro competente e procedimento di mediazione

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o domicilio dell'Assicurato o degli aventi diritto previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. 28/2010 (modificato dal D.L.n.69/2013 convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti e salvo diverse disposizioni di legge pro tempore vigenti. La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione, accreditato presso il Ministero della Giustizia, nel luogo del giudice territorialmente competente.

Art. 3 - Modifiche del contratto di assicurazione

Le eventuali modifiche al presente contratto di assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 4 - Estensione territoriale

La presente copertura assicurativa ha validità in tutto il mondo.

Art. 5 - Legge applicabile e rinvio

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme di legge italiana.

Art. 6 - Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in **due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fondano, secondo quanto disposto dall'art. 2952 del Codice Civile.

Art. 7 - Reclami

Eventuali reclami nei confronti della Società e riguardanti il rapporto contrattuale e/o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati a Poste Assicura S.p.A., a mezzo di apposita comunicazione scritta, indirizzata alla funzione aziendale incaricata dell'esame degli stessi:

**Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Reclami
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma
Fax n°: 06.5492.4402.**

È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo reclami@poste-assicura.it. Qualora l'evasione del reclamo richieda la comunicazione di dati personali, la Società – in ossequio anche alle disposizioni di cui al D.lgs. n. 196/03 – invierà risposta esclusivamente all'Assicurato. Qualora l'esponente intenda inoltrare un reclamo direttamente a IVASS oppure non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà utilizzare il modello per la presentazione del reclamo all'IVASS disponibile sul sito di Poste Assicura S.p.A., corredando l'esposto della documentazione relativo al reclamo rattato dall'Impresa e inviarlo a:

**IVASS
Servizio Tutela del Consumatore – Divisione Gestione Reclami
Via del Quirinale, 21
00197 Roma
Telefono al n°: 06. 42.133.1**

E' inoltre a disposizione il sito internet www.poste-assicura.it per eventuali consultazioni e per informazioni concernenti la procedura di gestione dei reclami, le indicazioni relative alle modalità di presentazione degli stessi, alla tempistica di risposta, alla funzione aziendale incaricata dell'esame dei reclami, con i relativi recapiti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o attivare direttamente il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm).

In relazione a tutte le controversie che dovessero insorgere, relative o comunque connesse anche indirettamente al presente contratto permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. n. 28/2010 (modificato dal D.L. n. 9/2013, convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti. Peraltro, in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS oppure ricorrere alla procedura di mediazione sopra menzionata per i cui aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 8 - Assicurati

Gli Assicurati devono essere persone fisiche residenti in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano.

Nel rispetto di quanto stabilito tra il Fondo e la Compagnia, l'assicurazione è prestata per:

- i dipendenti dell'Ente Aderente regolarmente iscritti al Fondo;
- tutti i componenti dell'intero Nucleo Familiare del dipendente che ne faccia richiesta, che abbiano i requisiti per l'iscrizione al Fondo previsti dal Regolamento.

In particolare, per Nucleo Familiare deve intendersi il coniuge o il convivente "more uxorio" da almeno un anno prima della copertura sanitaria, unitamente ai figli fiscalmente a carico, secondo le vigenti disposizioni di legge, di uno dei due coniugi/conviventi e sino al compimento del 26° anno di età, ovvero senza limite di età nel caso di inabilità totale del figlio medesimo.

La presente copertura assicurativa potrà essere estesa esclusivamente all'intero Nucleo Familiare, sempre che l'Assicurato ne abbia chiesto (e ottenuto) l'adesione al Fondo.

Art. 9 – Limiti di età

Fermi i requisiti di assicurabilità concordati tra il Fondo e la Compagnia, l'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 70° anno di età del dipendente in servizio dell'Ente Aderente regolarmente iscritto al Fondo (i.e. Assicurato principale), cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento del 71° anno di età; in tal caso l'assicurazione cesserà automaticamente anche per tutti i componenti del Nucleo Familiare di quest'ultimo.

Qualora, invece, un componente del Nucleo Familiare raggiunga il 65° anno di età o perda i requisiti richiesti per l'iscrizione al Fondo, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a tale singolo componente.

Art. 10– Termini di carenza

Il contratto prevede un periodo di Carenza pari a tre mesi, che decorre dalla data di efficacia della presente assicurazione nei confronti di ogni singolo Assicurato, dipendente o familiare.

Per l'Ente Aderente proveniente da altri Fondi o Casse che assicurano le medesime prestazioni, la Carenza viene applicata esclusivamente nei confronti di ciascun nuovo Assicurato (i.e. nuovo dipendente o componente del Nucleo Familiare) e solo nel caso in cui vi sia stato un accordo scritto tra l'Ente Aderente ed il Fondo al momento dell'adesione.

Durante il periodo di carenza la garanzia assicurativa non è operante e pertanto l'eventuale sinistro non sarà indennizzato all'Assicurato da parte di Poste Assicura S.p.A.

Art. 11 - Oggetto

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'efficacia del presente contratto relativamente alle spese sostenute dall'Assicurato per:

1. ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici riportati nell'Allegato 1;
2. maggior comfort alberghiero per ricoveri nel S.S.N. per i Grandi Interventi Chirurgici riportati nell'Allegato 1 in alternativa a quanto previsto al precedente punto 1;
3. indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici riportati nell'Allegato 1 in alternativa a quanto previsto ai precedenti punti 1 e 2;
4. ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico diverso dai Grandi Interventi Chirurgici riportati nell'Allegato 1;
5. maggior comfort alberghiero per ricoveri nel S.S.N. per intervento chirurgico diverso dai Grandi Interventi Chirurgici riportati nell'Allegato 1 in alternativa a quanto previsto al precedente punto 4;
6. indennità sostitutiva per ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico diverso dai Grandi Interventi Chirurgici riportati nell'Allegato 1 in alternativa a quanto previsto ai precedenti punti 4 e 5;
7. Ricovero senza intervento chirurgico
8. diagnostica e terapie di alta specializzazione riportate nell'Allegato 2;
9. prestazioni di ultrasonografia e radiologia tradizionale riportate nell'Allegato 3;
10. visite specialistiche ambulatoriali;
11. ticket sanitari;
12. prestazioni "Mamma e bambino";
13. prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica e del cancro alla tiroide riportate nell'Allegato 4;

14. prestazioni odontoiatriche riportate nell'Allegato 5.

Art.12.1 – Ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici (Allegato 1)

L'indennizzo è previsto per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1, anche se eseguiti con tecniche operatorie diverse o aggiornate purché rientranti nella medesima tipologia.

La Società provvede al pagamento delle spese:

- a. per **onorari del chirurgo**, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- b. per **diritti di sala operatoria**;
- c. per **materiale di intervento**, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (endoprotesi);
- d. per **assistenza medica e infermieristica**, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero e alla patologia che comporta il ricovero;
- e. per **retta di degenza nel limite, qualora l'Assicurato si rivolga a una struttura non convenzionata, di euro 300 al giorno**. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
- f. per le visite specialistiche e accertamenti diagnostici **nei 120 giorni precedenti** l'inizio del ricovero, nonché per le prestazioni sanitarie **nei 120 giorni successivi** alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie), purché correlate all'intervento.

Si intendono comunque compresi anche i ricoveri per cure, accertamenti e interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi.

La Società provvede al pagamento di queste spese nel limite per ciascun Assicurato di 3.000,00 Euro per ricovero e 6.000,00 Euro per anno.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 15%, altrimenti con l'applicazione dello scoperto del 25%.

- g. per **retta per l'accompagnatore** in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera **fino al limite di 70,00 Euro per giorno per un periodo massimo di 30 giorni per ricovero**;
- h. per spese di **assistenza infermieristica individuale privata fino ad un importo di 60,00 Euro al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per ricovero**;
- i. per **viaggio e trasporto** dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro **con il massimo di 1.000,00 Euro per ricovero; il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo**.

Si precisa che in caso di trapianto d'organi o parte di essi sull'Assicurato sono comprese anche:

- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;
- nel caso di donazione da vivente le spese effettuate durante il ricovero del donatore.

Salvo dove diversamente specificato il massimale assicurato per l'insieme delle prestazioni sopraindicate corrisponde per ciascun Assicurato a 80.000,00 Euro per evento e 100.000,00 Euro per anno.

Il rimborso verrà effettuato previa detrazione di una franchigia pari a 1.000,00 Euro per le prestazioni diverse da quelle di cui ai punti e), f), g), h), i).

Art. 12.2 – Maggior comfort alberghiero per ricoveri nel S.S.N. per i Grandi Interventi Chirurgici (Allegato 1)

In alternativa a quanto previsto al precedente art. 12.1 per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1, sempreché indennizzabili ai sensi di polizza, qualora l'Assicurato scelga di avvalersi del S.S.N. avrà diritto a un'indennità pari a 120,00 Euro per ogni giorno di ricovero con pernottamento, per un periodo non superiore a 20 giorni per ciascun ricovero.

Oltre alla documentazione di spesa originale è indispensabile allegare copia della cartella clinica.

La garanzia non è operante se l'Assicurato richiede un rimborso per qualsiasi tipologia di prestazione inerente il ricovero stesso, come per esempio il rimborso per la prestazione di un medico che opera in Intramuraria. La garanzia si applica solo se è stata operata questa singola scelta; diversamente si applicano le condizioni descritte al precedente art. 12.1.

Art. 12.3 – Indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici (Allegato 1)

In alternativa a quanto previsto ai precedenti artt. 12.1 e 12.2, per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1, sempreché indennizzabili ai sensi di polizza, qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità pari a 150,00 Euro per ogni giorno di ricovero con pernottamento, per un periodo non superiore a 30 giorni per ciascun ricovero. La garanzia si applica solo se è stata operata questa singola scelta; diversamente si applicano le condizioni descritte al precedente art. 11.1.

Art. 12.4 – Ricovero in Istituto di cura per intervento diverso dai Grandi Interventi Chirurgici

In caso di ricovero dell'Assicurato che comporti almeno un pernottamento per un intervento chirurgico diverso da quelli compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1, la Società provvede al pagamento delle spese:

- a. per **onorari del chirurgo**, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- b. per **diritti di sala operatoria**;
- c. per **materiale di intervento**, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (endoprotesi);
- d. per **assistenza medica e infermieristica**, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero e alla patologia che comporta il ricovero;
- e. per **retta di degenza** nel limite, qualora l'Assicurato si rivolga a una struttura non convenzionata, di 300,00 Euro al giorno. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
- f. per **retta per l'accompagnatore** in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera fino al limite di 50,00 Euro per giorno per un periodo massimo di 15 giorni per ricovero;
- g. per spese di **assistenza infermieristica individuale privata** fino ad un importo di 40,00 Euro al giorno per un periodo massimo di 15 giorni per ricovero.

Salvo dove diversamente specificato il massimale assicurato per l'insieme delle prestazioni sopraindicate corrisponde per ciascun Assicurato a 20.000,00 Euro per evento e 50.000,00 Euro per anno.

Il rimborso verrà effettuato previa detrazione di una franchigia pari a 1.000,00 Euro per le prestazioni diverse da quelle di cui ai punti e), f) e g).

Art. 12.5 – Maggior confort alberghiero per ricoveri nel S.S.N. per intervento diverso dai Grandi Interventi Chirurgici

In alternativa a quanto previsto al precedente art. 12.4 per gli interventi diversi dai Grandi Interventi Chirurgici compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1, sempreché indennizzabili ai sensi di polizza, qualora l'Assicurato scelga di avvalersi del S.S.N. avrà diritto a un'indennità pari a 80,00 Euro per ogni giorno di ricovero con pernottamento, per un periodo non superiore a 10 giorni per ciascun ricovero.

Oltre alla documentazione di spesa originale è indispensabile allegare copia della cartella clinica.

La garanzia non è operante se l'Assicurato richiede un rimborso per qualsiasi tipologia di prestazione inerente il ricovero stesso, come per esempio il rimborso per la prestazione di un medico che opera in Intramuraria. La garanzia si applica solo se è stata operata questa singola scelta; diversamente si applicano le condizioni descritte al precedente art. 12.4.

Art. 12.6 – Indennità sostitutiva per intervento diverso dai Grandi Interventi Chirurgici.

In alternativa a quanto previsto ai precedenti artt. 12.4 e 12.5, per gli interventi diversi dai Grandi Interventi Chirurgici compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1, sempreché indennizzabili ai sensi di polizza, qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità pari a 75,00 Euro per ogni giorno di ricovero con pernottamento, per un periodo non superiore a 15 giorni per ciascun ricovero. La garanzia si applica solo se è stata operata questa singola scelta; diversamente si applicano le condizioni descritte al precedente art. 12.4.

Art. 12.7 – Ricovero senza intervento chirurgico

In caso di ricovero dell'Assicurato senza intervento chirurgico che comporti almeno un pernottamento la Società provvede al pagamento delle spese:

- a. per **assistenza medica e infermieristica**, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero e alla patologia che comporta il ricovero;
- b. per **retta di degenza** nel limite, qualora l'Assicurato si rivolga a una struttura non convenzionata, di euro 300 al giorno. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
- c. per **retta per l'accompagnatore** in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera fino al limite di 50,00 Euro per giorno per un periodo massimo di 15 giorni per ricovero;
- d. per spese di assistenza infermieristica individuale privata fino ad un importo di 40,00 Euro al giorno per un periodo massimo di 15 giorni per ricovero.

Salvo dove diversamente specificato il massimale assicurato per l'insieme delle prestazioni sopraindicate corrisponde per ciascun Assicurato a 10.000,00 Euro per evento e 50.000,00 Euro per anno.

Il rimborso verrà effettuato previa detrazione di una franchigia pari a 2.000,00 Euro per le prestazioni diverse da quelle di cui ai punti b), c) e d).

Art. 12.8 – Diagnostica di Alta Specializzazione (Allegato 2)

La Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui all'Allegato 2.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di 20,00 Euro per ogni prestazione.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di 60,00 Euro per ogni prestazione.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde per ciascun Assicurato a 3.000,00 Euro.

Art. 12.9 – Prestazioni di radiologia tradizionale e ultrasonografia (Allegato 3)

La Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui all'Allegato 3 fino ad un massimo per prestazione indicato nell'Allegato stesso.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde per ciascun Assicurato a 2.000,00 Euro.

Art. 12.10 – Visite specialistiche ambulatoriali

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio (escluse visite odontoiatriche). Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Le spese sostenute vengono rimborsate con il massimo di 50,00 Euro per ogni visita specialistica.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde per ciascun Assicurato a 900,00 Euro.

Art. 12.11 – Ticket

Il contratto prevede il rimborso dei ticket sanitari, fino al limite massimo di 40,00 Euro per ciascun ticket, per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

Il massimale annuo assicurato per i ticket corrisponde per ciascun Assicurato a 400,00 Euro.

Art. 12.12 – Mamma e bambino

La presente garanzia prevede che l'Assicurato possa usufruire delle seguenti prestazioni:

- a. pagamento delle spese sostenute per **ecografie, Sca Test e analisi cliniche** effettuati durante la gravidanza **(su prescrizione medica riferita a esami per gravidanza)**.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di 25,00 Euro per prestazione**.
Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di 25,00 Euro per prestazione**.
Il massimale annuo assicurato per le ecografie effettuate durante la gravidanza corrisponde per ciascun Assicurato a 900,00 Euro;
- b. in caso di **parto eutocico (naturale), parto cesareo o aborto terapeutico**, pagamento delle spese relative al ricovero e all'eventuale atto chirurgico (rientranti comunque tra quelle previste all'art. 11.4 ai punti a), b), c), d) ed e).
La garanzia è prestata in caso di **parto eutocico** fino a un massimo di 3.000,00 Euro e previa applicazione di una franchigia a carico dell'Assicurato di 500,00 Euro; in caso di **parto cesareo** fino a un massimo di 6.000,00 Euro e previa applicazione di una franchigia a carico dell'Assicurato di 1.000,00 Euro; in caso di **aborto terapeutico** fino a un massimo di 3.000,00 Euro e previa applicazione di una franchigia a carico dell'Assicurato di 500,00 Euro;
- c. indennità di 100,00 Euro per ogni giorno di ricovero con pernottamento, **per un massimo di 7 giorni**, nel caso in cui, in occasione del **parto**, l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale;
- d. pagamento delle spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la **correzione di malformazioni congenite**, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta per l'accompagnatore per il periodo del ricovero, **nel limite annuo per Assicurato di 5.000,00 Euro**;
- e. indennità di euro 30 per ogni giorno di ricovero con pernottamento a seguito di patologia accertata da certificazione medica, **per un massimo di 10 giorni, per assistenza in ricovero del neonato effettuato durante i primi 30 giorni di vita**.

Art. 12.13 – Prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica e del cancro alla tiroide (Allegato 4)

Il contratto prevede, **nel limite per Assicurato di 200,00 Euro**, il pagamento delle prestazioni presenti al punto a) Prevenzione cardiovascolare e oncologica dell'elenco in Allegato 4, da effettuarsi **esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate**.

Le prestazioni sono riconoscibili ogni 2 anni per Assicurato con età superiore a 45 anni.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione e vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di 25,00 Euro da applicarsi separatamente all'ecografia prostatica, alla mammografia bilaterale e all'insieme di tutte le altre prestazioni**.

Il contratto prevede inoltre, **nel limite per Assicurato di 100,00 Euro**, il pagamento delle prestazioni presenti al punto b) Prevenzione del cancro alla tiroide dell'elenco in Allegato 4, da effettuarsi esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate.

Le prestazioni sono riconoscibili ogni 2 anni per Assicurato con età superiore a 45 anni.

Le prestazioni vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di 25,00 Euro per ciascuna prestazione.

Art. 12.14 – Prestazioni odontoiatriche (Allegato 5)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni odontoiatriche previste nell'Allegato 5 **fino al massimo per prestazione indicato nell'Allegato stesso**.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde per ciascun Assicurato a 4.000,00 Euro.

La seduta di igiene orale professionale può essere rimborsata dalla Società soltanto una volta l'anno.

Art. 13 – Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) **la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;**

- 2) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 3) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- 4) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 5) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 6) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- 7) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 8) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 9) le conseguenze di guerra, insurrezione generale, operazioni, occupazioni militari ed invasioni movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- 10) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale;
- 11) medicinali non somministrati in degenza;
- 12) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale. Sono altresì escluse le prestazioni di routine e/o controllo, salvo quanto previsto all'art. 12.13;
- 13) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ad 1 anno assicurati dalla nascita;
- 14) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- 15) la correzione dei vizi di rifrazione quali ad esempio: miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia;
- 16) trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio nonché i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri);
- 17) qualsiasi terapia medica svolta in day hospital e ambulatorialmente escluso quanto espressamente previsto;
- 18) i ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, le cure termali, i ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;
- 19) esami termografici; iniezioni sclerosanti (salvo quanto previsto all'Allegato 1 per Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto – Ano); lenti da vista, lenti a contatto e montature;
- 20) le prestazioni determinate da positività HIV ed AIDS e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;
- 21) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e relativi allegati.

Norme relative ai sinistri

Art. 14 – Modalità previste per usufruire delle prestazioni sanitarie

Nel rispetto delle garanzie di polizza, gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni sanitarie riconosciute dal Piano Sanitario mediante due modalità:

Art. 14.1 – Forma Diretta (Network convenzionato)

L'Assicurato che intenda procedere attraverso l'utilizzo di una struttura sanitaria appartenente al Network convenzionato può utilizzare il motore di ricerca sul sito internet del Fondo oppure contattare il Call center del Fondo medesimo per sapere quali sono le strutture più vicine e conoscere quali prestazioni effettuano in forma diretta.

L'Assicurato che desidera usufruire delle predette strutture sanitarie convenzionate deve comprovare la sua appartenenza al Fondo presso tali strutture, mostrando un documento di riconoscimento o quanto dalle medesime espressamente richiesto.

Dopo aver accertato l'assistibilità dell'Assicurato e l'applicabilità della "Forma Diretta", la struttura sanitaria appartenente al Network convenzionato eroga le prestazioni il cui costo sarà pagato:

- direttamente dalla Società, per la parte commisurata alle previsioni delle garanzie contrattuali;
- dall'Assicurato stesso, per l'importo eventualmente eccedente i limiti delle garanzie (scoperti, franchigie, massimali).

L'Assicurato, prima di usufruire della prestazione nella struttura sanitaria convenzionata, deve compilare un modulo, predisposto dal Fondo e rilasciato dalle strutture sanitarie, nel quale:

- si obbliga a saldare direttamente all'Istituto di cura e ai medici convenzionati tutte le prestazioni non contemplate in polizza e qualsiasi eccedenza a suo carico comprese eventuali franchigie e/o scoperti e pertanto non deve più richiedere alcun rimborso;
- scioglie dal segreto professionale, nei confronti della Società e del Fondo i medici delle strutture sanitarie;
- rilascia il consenso al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, così come previsto dalla legge 196/03 sulla Privacy;
- si obbliga a rimborsare a posteriori alla Società le eventuali spese dalla stessa già liquidate che, dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica, anche successiva all'erogazione delle prestazioni sanitarie stesse, risultassero non contemplate dalle coperture previste.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della struttura sanitaria, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.

In alcune strutture sanitarie convenzionate potrebbe operare un'équipe medica che non ha accettato l'accordo di convenzionamento; in questi casi l'Assicurato dovrà pagare direttamente alla struttura sanitaria anche le spese relative alle prestazioni effettuate fuori convenzionamento e richiederne poi il rimborso secondo quanto previsto per la Forma Indiretta.

Art. 14.2 – Forma Indiretta (Prestazione erogata in strutture sanitarie non appartenenti al Network convenzionato)

Per richiedere il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dal contratto, l'Assicurato ha a disposizione due modalità.

1. Modalità cartacea

Per usufruire del rimborso mediante richiesta presentata in modalità cartacea, l'Assicurato deve:

- scaricare dal sito del Fondo www.postevitafondosalute.it il modulo "Richiesta di rimborso spese sanitarie";
- stampare il modulo e compilarlo in ogni sua parte, secondo le istruzioni presenti nello stesso (in caso di spese relative a più componenti di un nucleo familiare, deve essere utilizzato un modulo

“Richiesta di rimborso spese sanitarie” per ciascun componente del nucleo);

- allegare al modulo sopra indicato le documentazioni di spesa, fiscalmente regolari e quietanzate in versione copia (documentazioni di spesa in versione originale non verranno restituite), che attestino inequivocabilmente l'avvenuto pagamento delle prestazioni mediche. Inoltre, in funzione della garanzia attivata e ove applicabili, dovranno essere allegati: prescrizione medica contenente la diagnosi, copia conforme della cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera, ogni altra documentazione sanitaria (compresi i relativi referti clinici), prescrizioni degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria effettuata, referti di pronto soccorso corredati da immagini radiografiche e ogni altra documentazione eventualmente specificata nella singola garanzia o comunque richiesta dalla Società;
- inviare mediante raccomandata a/r la richiesta di rimborso (composta dal modulo e dalla documentazione allegata) al seguente indirizzo:

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa PosteVita – Richieste di rimborso
c/o S.D.S. System Data Software S.r.l.
Via Fiume Bianco, 56
00144, Roma (RM)

Le richieste relative alle spese sostenute in ciascun trimestre solare devono essere presentate, **a pena di decadenza**, nel corso del trimestre successivo a quello di emissione del documento di spesa, in particolare:

- per spese sostenute tra il 01/01 ed il 31/03 (I° trimestre), la richiesta deve essere inviata tra il 01/04 ed il 30/06 dello stesso anno;
- per spese sostenute tra il 01/04 ed il 30/06 (II° trimestre), la richiesta deve essere inviata tra il 01/07 ed il 30/09 dello stesso anno;
- per spese sostenute tra il 01/07 ed il 30/09 (III° trimestre), la richiesta deve essere inviata tra il 01/10 ed il 31/12 dello stesso anno;
- per spese sostenute tra il 01/10 ed il 31/12 (IV° trimestre), la richiesta deve essere inviata tra il 01/01 ed il 31/03 dell'anno successivo.

In caso di più documenti di spesa relativi ad una stessa garanzia, il trimestre da utilizzare come riferimento è quello relativo al documento di spesa più recente.

Le richieste di rimborso inviate al Fondo oltre il periodo temporale predefinito non sono prese in considerazione e la mancata presa in carico della richiesta viene comunicata all'Assicurato.

Le richieste di rimborso inviate al Fondo prima del trimestre solare di competenza (es. invio a marzo di un documento di spesa relativo al periodo gennaio – marzo) vengono archiviate e processate nel trimestre di competenza, senza richiedere un successivo invio della documentazione all'Assicurato.

Il Fondo s'impegna a trasmettere i sinistri alla Società, che provvederà al pagamento degli stessi direttamente nei confronti degli Assicurati, secondo quanto stabilito nel Regolamento.

L'Assicurato deve sottoporsi, a spese della Società, agli accertamenti e controlli medici che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

2. Modalità digitale

Per usufruire del rimborso mediante richiesta presentata in modalità digitale, l'Assicurato deve:

- accedere alla propria area riservata sul sito internet del Fondo;
- per ciascuna prestazione sanitaria, caricare mediante “upload” le documentazioni di spesa, fiscalmente regolari e quietanzate in versione copia (documentazioni di spesa in versione originale non verranno restituite), che attestino inequivocabilmente l'avvenuto pagamento delle prestazioni mediche. Inoltre, in funzione della garanzia attivata e ove applicabili, dovranno essere allegati: prescrizione medica contenente la diagnosi, copia conforme della cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera, ogni altra documentazione sanitaria (compresi i relativi referti clinici), prescrizioni degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria effettuata, referti di pronto soccorso corredati da immagini radiografiche e ogni altra documentazione eventualmente specificata nella singola garanzia o comunque richiesta dalla Società;
- la documentazione deve essere caricata come file in formato pdf;

Anche in caso di richiesta di rimborso effettuata in modalità digitale l'Assicurato deve rispettare, **a pena di decadenza**, le tempistiche previste in caso di modalità cartacea, in particolare:

- per spese sostenute tra il 01/01 ed il 31/03 (I° trimestre), la richiesta deve essere inviata tra il 01/04 ed il 30/06 dello stesso anno;
- per spese sostenute tra il 01/04 ed il 30/06 (II° trimestre), la richiesta deve essere inviata tra il 01/07 ed il 30/09 dello stesso anno;
- per spese sostenute tra il 01/07 ed il 30/09 (III° trimestre), la richiesta deve essere inviata tra il 01/10 ed il 31/12 dello stesso anno;
- per spese sostenute tra il 01/10 ed il 31/12 (IV° trimestre), la richiesta deve essere inviata tra il 01/01 ed il 31/03 dell'anno successivo.

In caso di più documenti di spesa relativi ad una stessa garanzia, il trimestre da utilizzare come riferimento è quello relativo al documento di spesa più recente.

Le richieste di rimborso inviate al Fondo oltre il periodo temporale predefinito non sono prese in considerazione e la mancata presa in carico della richiesta viene comunicata all'Assicurato.

Le richieste di rimborso inviate al Fondo prima del trimestre solare di competenza (es. invio a marzo di un documento di spesa relativo al periodo gennaio – marzo) vengono archiviate e processate nel trimestre di competenza, senza richiedere un successivo inserimento nell'area riservata all'Assicurato.

Il Fondo s'impegna a gestire il portale riservato secondo quanto stabilito con la Compagnia. La Società provvederà al pagamento dei sinistri direttamente confronti degli Assicurati, secondo quanto stabilito nel Regolamento.

L'Assicurato deve sottoporsi, a spese della Società, agli accertamenti e controlli medici che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Art. 15 – Liquidazione delle prestazioni sanitarie

Sia per la modalità cartacea sia per la modalità digitale, il rimborso delle richieste (anche per i relativi componenti del Nucleo Familiare per i quali sia stata eventualmente richiesta l'estensione) avverrà solo tramite bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN fornite dall'Assicurato per l'adesione al Fondo, in conformità a quanto disposto dal Regolamento.

Art. 16 – Controversie – Perizia arbitrale

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento le parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente, al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio medico.

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Nell'eventualità di cui al presente art. 14, le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi successiva impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

Qualora invece l'Assicurato intenda rivolgersi all'Autorità Giudiziaria è necessario il previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. 28/2010 (modificato dal D.L. n. 69/2013, convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti.

Art. 17 - Altre Assicurazioni

L'Assicurato, a parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1910 del Codice Civile è esonerato dalla preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro, l'Assicurato deve tuttavia darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art. 1910 del

Codice Civile.

In caso di attivazione di altra compagnia, le prestazioni e le garanzie previste nel contratto saranno operanti, entro i limiti indicati, quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori importi addebitati all'Assicurato stesso dalla compagnia che ha erogato la prestazione o la garanzia superando il proprio massimale.

Mod. 0200 Ed. 1 gennaio 2016

Allegato 1 Grandi Interventi Chirurgici

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	
Cardiochirurgia	
	BYPASS AORTO CORONARICI MULTIPLI (C.E.C.)
	BYPASS AORTO CORONARICO SINGOLO (C.E.C.)
	CARDIOCHIRURGIA A CUORE APERTO, IN ETÀ ADULTA O NEONATALE, COMPRESI ANEURISMI O SOSTITUZIONI VALVOLARI MULTIPLE O SOSTITUZIONE AORTICA O PLASTICA DELL'AORTA (C.E.C.), SALVO GLI INTERVENTI SPECIFICATI
	COMMISUROTOMIA PER STENOSI MITRALICA
	FERITE O CORPI ESTRANEI O TUMORI DEL CUORE O PER TAMPONAMENTO, INTERVENTI PER
	FISTOLE ARTEROVENOSE DEL POLMONE, INTERVENTI PER
	MASSAGGIO CARDIACO INTERNO
	PERICARDIECTOMIA PARZIALE
	PERICARDIECTOMIA TOTALE
	REINTERVENTO CON RIPRISTINO DI C.E.C.
	SEZIONE O LEGATURA DEL DOTTO ARTERIOSO DI BOTALLO
	SOSTITUZIONE VALVOLARE IN HEART PORT
	SOSTITUZIONE VALVOLARE SINGOLA (C.E.C.)
	SOSTITUZIONI VALVOLARI CON BY-PASS AORTO CORONARICI (C.E.C.)
	TRAPIANTO CARDIACO (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	VALVULOPLASTICA CARDIOCHIRURGICA
Cardiologia interventistica	
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASO SINGOLO CON O SENZA TROMBOLISI COMPRESIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASI MULTIPLI CON O SENZA TROMBOLISI COMPRESIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
Chirurgia della mammella	
<i>Per gli interventi di chirurgia demolitiva è compresa la ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). L'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria è riconosciuto solo a seguito di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	MASTECTOMIA RADICALE, QUALSIASI TECNICA, CON LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	MASTECTOMIA SEMPLICE TOTALE CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE
	MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO), SENZA ALTRE LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA SENZA LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	TUMORECTOMIA O QUADRANTECTOMIA CON RESEZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
Chirurgia generale	
Interventi chirurgici minori	
<i>Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali. Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Tumori profondi extracavitari: tumore del muscolo scheletrico, tumore o lesione similtumorale fibrosa.</i>	
	TUMORE PROFONDO MALIGNO TRONCO/ARTI, ASPORTAZIONE DI
Collo	
	PARATIROIDI - TRATTAMENTO COMPLETO, INTERVENTO SULLE
	PARATIROIDI, REINTERVENTI
	TIROIDECTOMIA TOTALE, O TOTALIZZAZIONE DI TIROIDECTOMIA, QUALSIASI VIA DI ACCESSO, SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER GOZZO MEDIASTINICO, INTERVENTO PER
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNHE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNHE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL COLLO, ASPORTAZIONE DI (ESCLUSO I CASI DESCRITTI)
Esofago	
	DIVERTICOLI DELL'ESOFAGO CERVICALE (COMPRESA MIOTOMIA), INTERVENTO PER

	ESOFAGECTOMIA TOTALE CON ESOFAGOPLASTICA, IN UN TEMPO, COMPRESA LINFOADENECTOMIA
	ESOFAGO CERVICALE, RESEZIONE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA
	ESOFAGO, RESEZIONE PARZIALE DELL' , CON ESOFAGOSTOMIA
	ESOFAGO-GASTRECTOMIA TOTALE, PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	MEGAESOFAGO, INTERVENTO PER
	MEGAESOFAGO, REINTERVENTO PER
	VARICI ESOFAGEE: INTERVENTO TRANSTORACICO O ADDOMINALE
Stomaco - Duodeno	
	FISTOLA GASTRO-DIGIUNO-COLICA, INTERVENTO PER
	GASTRECTOMIA PARZIALE O SUBTOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)
	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ANCHE ESTESA
	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ESTESA CON SPLENOPANCREASECTOMIA SINISTRA ASSOCIATA
	GASTRECTOMIA TOTALE PER PATOLOGIA BENIGNA
	RESEZIONE GASTRO DUODENALE
	RESEZIONE GASTRO-DIGIUNALE PER ULCERA PEPTICA ANASTOMOTICA
	VARICI GASTRICHE (EMOSTASI CHIRURGICA)
Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano	
<i>Trattamenti terapeutici iniettivi: trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali e trattamento con sclerosanti per le emorroidi.</i>	
	AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE SEC. MILES, TRATTAMENTO COMPLETO
	ANO PRETERNATURALE, CHIUSURA, RICOSTRUZIONE CONTINUITÀ
	ANOPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)
	BY-PASS GASTRO INTESTINALI O INTESTINALI PER PATOLOGIE MALIGNI
	COLECTOMIA SEGMENTARIA CON LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLOSTOMIA
	COLECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	COLECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	EMICOLECTOMIA DESTRA CON LINFOADENECTOMIE
	EMICOLECTOMIA SINISTRA CON LINFOADENECTOMIE ED EVENTUALE COLOSTOMIA (HARTMANN ED ALTRE)
	MEGACOLON, INTERVENTO PER
	MEGACOLON: COLOSTOMIA
	PROCTO-COLECTOMIA TOTALE CON POUCH ILEALE
	RESEZIONE DEL SIGMA-RETTO PER PATOLOGIA MALIGNA CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	RESEZIONE RETTO-COLICA ANTERIORE (ANCHE ULTRA BASSA) COMPRESA LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLONSTOMIA
	RETTO, AMPUTAZIONE DEL, PER NEOPLASIA DELL'ANO, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA INGUINALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL RETTO, PER VIA TRANS-ANALE O CON MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANS-ANALE (TEM), ASPORTAZIONE DI
Peritoneo	
	OCCLUSIONE INTESTINALE CON RESEZIONE
Fegato e vie biliari	
	ANASTOMOSI PORTO-CAVA O SPLENO-RENALE O MESENTERICA-CAVA
	COLECISTOSTOMIA PER NEOPLASIE NON RESECABILI
	COLEDOCO/EPATICO/DIGIUNO/DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DIGIUNOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	DEARTERIALIZZAZIONE EPATICA, CON O SENZA CHEMIOTERAPIA
	DECONNESSIONE AZYGOS-PORTALE PER VIA ADDOMINALE
	PAPILLA DI VATER, EXERESI
	PAPILLA DI VATER, AMPULLECTOMIA PER CANCRO CON REIMPIANTO DEL DOTTO DI WIRSUNG E COLEDOCO
	RESEZIONI EPATICHE MAGGIORI
	RESEZIONI EPATICHE MINORI
	TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DI TUMORI EPATICI, QUALSIASI VIA DI ACCESSO
	TRAPIANTO DI FEGATO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Pancreas - Milza	
	CEFALO DUODENO PANCREASECTOMIA COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	DERIVAZIONI PANCREATICO-WIRSUNG DIGESTIVE

	NEOPLASIE DEL PANCREAS ENDOCRINO, INTERVENTI PER
	PANCREATECTOMIA SINISTRA COMPRESA SPLENECTOMIA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	PANCREATECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)
	SPLENECTOMIA
	TRAPIANTO DI PANCREAS (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Chirurgia oro-maxillo-facciale	
	FRATTURA ZIGOMO, ORBITA, TERAPIA CHIRURGICA PER
	FRATTURE DEI MASCELLARI, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DEL SENO FRONTALE, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DELLA MANDIBOLA E DEL CONDILO, TERAPIA CHIRURGICA DELLE (COMPRESA L'EVENTUALE FISSAZIONE CON FERULE)
	FRATTURE MANDIBOLARI, RIDUZIONE CON FERULE
	GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE PER NEOPLASIE MALIGNI, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE FUNZIONALE O RADICALE
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE
	MALFORMAZIONI DENTO-MAXILLO-FACCIALI DELLA MANDIBOLA E DELLA MASCELLA (PROGENISMO, MICROGENIA, PROGNATISMO, MICROGNATIA, LATERODEVIAZIONI MANDIBOLARI, ETC.), COMPRESA MENTOPLASTICA SUL MASCELLARE SUPERIORE O SULLA MANDIBOLA
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE, RESEZIONE DEL
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE, RESEZIONE DEL
	MASSICCIO FACCIALE, OPERAZIONE DEMOLITRICE PER TUMORI CON SVUOTAMENTO ORBITARIO
	NEOPLASIE MALIGNI DEL LABBRO/GUANCIA CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNI DEL LABBRO/GUANCIA SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNI LIMITATE DEL LABBRO O DEI TESSUTI MOLLI DELLA CAVITÀ ORALE, ASPORTAZIONE DI
	PARALISI DINAMICA O STATICA DEL NERVO FACCIALE, PLASTICA PER
	PAROTIDECTOMIA PARZIALE CON EVENTUALE RISPARMIO DEL NERVO FACCIALE
	PAROTIDECTOMIA TOTALE O SUB-TOTALE
Chirurgia pediatrica	
	ASPORTAZIONE TUMORE DI WILMS
	ATRESIA DELL'ANO CON FISTOLA RETTO-URETRALE, RETTO-VULVARE: ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE
	ATRESIA DELL'ANO SEMPLICE: ABBASSAMENTO ADDOMINO-PERINEALE
	ESOFAGO, ATRESIA O FISTOLE CONGENITE DELL'
	FISTOLA E CISTI DELL'OMBELICO: DAL CANALE ONFALOMESENTERICO CON RESEZIONE INTESTINALE
Chirurgia plastica ricostruttiva	
<i>Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali; Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	APLASIA DELLA VAGINA, RICOSTRUZIONE PER
	INTERVENTO DI PUSH-BACK E FARINGOPLASTICA
	MALFORMAZIONI COMPLESSE DELLE MANI E DEI PIEDI
	STATI INTERSESSUALI, CHIRURGIA DEGLI
	TRASFERIMENTO DI LEMBO LIBERO MICROVASCOLARE
Chirurgia toraco-polmonare	
	BILOBECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	DECORTICAZIONE PLEURO POLMONARE, INTERVENTO DI
	FERITA TORACO-ADDOMINALE CON LESIONI VISCERALI
	FISTOLE DEL MONCONE BRONCHIALE DOPO EXERESI O INTERVENTI ASSIMILABILI, INTERVENTO PER
	FISTOLE ESOFAGO-BRONCHIALI, INTERVENTI DI

	LINFOADENECTOMIA MEDIASTINICA (COME UNICO INTERVENTO)
	NEOPLASIE MALIGNI COSTE E/O STERNO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNI DEL DIAFRAMMA (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)
	NEOPLASIE MALIGNI DELLA TRACHEA (COMPRESA PLASTICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNI E/O CISTI DEL MEDIASTINO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEURECTOMIE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEUROPNEUMECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA CON RESEZIONE DI TRACHEA E ANASTOMOSI TRACHEO-BRONCHIALE
	RESEZIONE BRONCHIALE CON REIMPIANTO
	RESEZIONE SEGMENTARIA O LOBECTOMIA (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI POLMONARI SEGMENTARIE ATIPICHE SINGOLE O MULTIPLE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI SEGMENTARIE TIPICHE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	TIMECTOMIA
	TORACOPLASTICA, PRIMO TEMPO
	TORACOPLASTICA, SECONDO TEMPO
	TRAPIANTO DI POLMONE (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Chirurgia vascolare	
	ANEURISMI AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA + DISSECAZIONE: RESEZIONE E INNESTO PROTETICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI ARTERIE DISTALI DEGLI ARTI, RESEZIONE E/O INNESTO PROTETICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI, RESEZIONE E INNESTO PROTETICO: ARTERIE ILIACHE, FEMORALI, POPLITEE, OMERALI, ASCELLARI, GLUTEE, ARTERIE VISCERALI E TRONCHI SOVRAORTICI (A CIELO APERTO)
	BY-PASS AORTO-ANONIMA, AORTO-CAROTIDEO, CAROTIDO-SUCCLAVIO
	BY-PASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORALE
	BY-PASS AORTO-RENALE O AORTO-MESENERICO O CELIACO ED EVENTUALE TEA E PLASTICA VASALE
	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI O ANEURISMI DISSECANTI DELL'AORTA TORACICA
	TROMBOENDARTERIECTOMIA E BY-PASS E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDARTERIECTOMIA E PATCH E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDARTERIECTOMIA E INNESTO PROTETICO E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI (QUALSIASI TECNICA)
Ginecologia	
	ISTERECTOMIA RADICALE PER VIA LAPAROTOMICA O VAGINALE CON LINFOADENECTOMIA PELVICA E/O LOMBOAORTICA, COMPRESA PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E/O POSTERIORE
	TUMORI MALIGNI VAGINALI CON LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	TUMORI MALIGNI VAGINALI SENZA LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	VULVECTOMIA PARZIALE CON LINFOADENECTOMIA BILATERALE DIAGNOSTICA DEI LINFONODI INGUINALI SUPERFICIALI, INTERVENTO DI
	VULVECTOMIA RADICALE ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA INGUINALE E PELVICA, INTERVENTO DI
Neurochirurgia	
	<i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>
	ANASTOMOSI VASI INTRA-EXTRA CRANICI
	CERNIERA ATLANTO-OCCIPITALE, INTERVENTO PER MALFORMAZIONI PER VIA ANTERIORE O POSTERIORE
	CORDOTOMIA, RIZOTOMIA E AFFEZIONI MIELORADICOLARI VARIE, INTERVENTI DI
	CRANIOPLASTICA
	CRANIOTOMIA PER EMATOMA EXTRADURALE
	CRANIOTOMIA PER LESIONI TRAUMATICHE INTRACEREBRALI
	CRANIOTOMIA PER TUMORI CEREBELLARI, ANCHE BASALI
	ENCEFALOMENINGOCELE, INTERVENTO PER
	EPILESSIA FOCALE, INTERVENTO PER
	ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE CERVICALE, MIELOPATIE, RADICULOPATIE
	IPOFISI, INTERVENTO PER ADENOMA PER VIA TRANSFENOIDALE
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRA-DURALI EXTRA MIDOLLARI
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRAMIDOLLARI
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA INTRACRANICA (ANEURISMI SACCOLARI, ANEURISMI CAROTIDEI, ALTRI ANEURISMI)
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA O ANGIOMATOSA CON COMPRESSIONE RADICOLARE E/O MIDOLLARE
	NEOPLASIE ENDOCRANICHE, ASPORTAZIONE DI

	NEOPLASIE, CORDOTOMIE, RADICOTOMIE ED AFFEZIONI MENINGOMIDOLLARI, INTERVENTO ENDORACHIDEO
	PLESSO BRACHIALE, INTERVENTO SUL
	TRAUMI VERTEBRO-MIDOLLARI VIA ANTERIORE, INTERVENTO PER
	TUMORE ORBITALE, ASPORTAZIONE PER VIA ENDOCRANICA
	TUMORI DELLA BASE CRANICA, INTERVENTO PER VIA TRANSORALE
	TUMORI ORBITARI, INTERVENTO PER
Oculistica	
<i>Escluso qualsiasi intervento finalizzato ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea.</i>	
Cornea	
	TRAPIANTO CORNEALE A TUTTO SPESSORE
	TRAPIANTO CORNEALE LAMELLARE
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI COMBINATA CON APPOSIZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA
Ortopedia e traumatologia	
<i>Articolazioni: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Segmenti ossei: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>	
Interventi cruenti	
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA ANTERIORE O SPONDILOLISTESI
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE E ANTERIORE
	ARTRODESI: GRANDI ARTICOLAZIONI
	ARTRODESI: MEDIE ARTICOLAZIONI
	ARTROPLASTICHE: GRANDI (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: MEDIE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: PICCOLE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPROTESI SPALLA, PARZIALE
	ARTROPROTESI SPALLA, TOTALE
	ARTROPROTESI: ANCA PARZIALE
	ARTROPROTESI: ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA, REVISIONE: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO IN CUI È STATO ESEGUITO IL PRIMO INTERVENTO, COMPRESIVO DELL'INTERVENTO PRINCIPALE DI ARTROPROTESI D'ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO RICOVERO
	ARTROPROTESI: GINOCCHIO
	ARTROPROTESI: GOMITO
	ARTROPROTESI: RIMOZIONE DI ARTROPROTESI SETTICA IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO INTERVENTO (PARZIALE O TOTALE) COME UNICO INTERVENTO
	COSTOLA CERVICALE E "OUTLET SYNDROME", INTERVENTO PER
	EMIPELVECTOMIA
	EMIPELVECTOMIE "INTERNE" CON SALVATAGGIO DELL'ARTO
	OSTEOSINTESI VERTEBRALE
	OSTEOTOMIA COMPLESSA (BACINO, VERTEBRALE)
	REIMPIANTI DI ARTO O SUO SEGMENTO
	RESEZIONE DEL SACRO
	RIDUZIONE CRUENTA E CONTENZIONE DI LUSSAZIONE TRAUMATICA DI COLONNA VERTEBRALE
	SPALLA, RESEZIONI COMPLETE SEC. TICKHOR-LIMBERG
	SVUOTAMENTO DI FOCOLAI METASTATICI ED ARMATURA CON SINTESI PIÙ CEMENTO
	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, GRANDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, MEDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, PICCOLI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, VERTEBRALI, ASPORTAZIONE DI
	UNCOFORAMINOTOMIA O VERTEBROTOMIA
Tendini - Muscoli - Aponeurosi - Nervi	

periferici	
	TRAPIANTI TENDINEI E MUSCOLARI O NERVOSI
Otorinolaringoiatria	
	NEOPLASIE DEL CONDOTTO, EXERESI
	NERVO VESTIBOLARE, SEZIONE DEL
	NEURINOMA DELL'OTTAVO PAIO
	STAPEDECTOMIA
	STAPEDOTOMIA
	TIMPANOPLASTICA CON MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA SENZA MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA, SECONDO TEMPO DI
	TUMORI DELL'ORECCHIO MEDIO, ASPORTAZIONE DI
Naso e seni paranasali	
	<i>Escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>
	TUMORI MALIGNI DEL NASO O DEI SENI, ASPORTAZIONE DI
Faringe - Cavo orale - Orofaringe	
	FARINGECTOMIA PARZIALE
	NEOPLASIE PARAFARINGEE
	TUMORE MALIGNO FARINGOTONSILLARE, ASPORTAZIONE DI
	VELOFARINGOPLASTICA
Laringe e l'ipofaringe	
	CORDECTOMIA
	CORDECTOMIA CON IL LASER
	DIAFRAMMA LARINGEO, ESCISSIONE CON RICOSTRUZIONE PLASTICA
	EPIGLOTTIDECTOMIA
	LARINGECTOMIA PARZIALE
	LARINGECTOMIA PARZIALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	LARINGOFARINGECTOMIA TOTALE
Radiologia interventistica	
	<i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>
	EMBOLOGIA MALFORMAZIONI E/O ANEURISMI E/O FISTOLE VASCOLARI CEREBRALI O TUMORI ENDOCRANICI
	POSIZIONAMENTO DI STENT CAROTIDEO CON SISTEMA DI PROTEZIONE CEREBRALE PER TRATTAMENTO STENOSI CAROTIDEE
	TIPS (SHUNT PORTO-SOVRAEPATICO)
Urologia - Atti chirurgici	
Rene	
	EMINEFRECTOMIA
	NEFRECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE CON EVENTUALE TRATTAMENTO DI TROMBO CAVALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	NEFRECTOMIA POLARE
	NEFRECTOMIA SEMPLICE
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIA PIÙ EVENTUALE SURRENECTOMIA, INTERVENTO DI
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	SURRENECTOMIA
	TRAPIANTO DI RENE (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Uretere	
	MEGAURETERE, INTERVENTO PER RIMODELLAGGIO
Vescica	
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON ILEO O COLOBLADDER
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON NEOVESCICA RETTALE COMPRESA
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA BILATERALE O URETEROCUTANEOSTOMIA
	VESCICA, PLASTICHE DI AMPLIAMENTO (COLON/ILEO)

	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO BILATERALE
	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO UNILATERALE
Prostata	
	PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA CON LINFOADENECTOMIE, COMPRESA EVENTUALE LEGATURA DEI DEFERENTI (QUALSIASI ACCESSO E TECNICA)
Apparato genitale maschile	
	EMASCULATIO TOTALE ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE MONOLATERALE
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE BILATERALE
	PENE, AMPUTAZIONE TOTALE CON LINFOADENECTOMIA

Allegato 2

Diagnostica e terapie di Alta Specializzazione

ALTA SPECIALIZZAZIONE	
DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	
Angiografia	
	ANGIOGRAFIA CAROTIDEA O VERTEBRALE INTRACRANIO
	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (1 DISTRETTO)
	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (2 DISTRETTI)
	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (3 DISTRETTI O COMPLETA)
	ARTERIOGRAFIA AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA
	ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ARTERIOGRAFIA SELETTIVA
	ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ILIACA ED ARTI INFERIORI
	ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO E VASI EPIAORTICI
	ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO, VASI EPIAORTICI E AORTA TORACICA (COMPRESI ARTI SUPERIORI)
	ARTERIOGRAFIA ARTO INFERIORE MONOLATERALE (UNICO ESAME)
	ARTERIOGRAFIA ILIACA E ARTERIE FEMORALI COMPRESI ARTI INFERIORI
	ARTERIOGRAFIA POLMONARE
	ARTERIOGRAFIA POLMONARE E CAVOGRAFIA
	ARTERIOGRAFIA TOTAL BODY DELL'AORTA (DISTRETTO SOPRAORTICO-TORACICA-ADDOMINALE)
	CAVOGRAFIA INFERIORE O SUPERIORE
	CONTROLLO TIPS
	FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI E CAVOGRAFIA
	FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI
	FLEBOGRAFIA DELL'ORBITA
	FLEBOGRAFIA DI UN ARTO
	FLEBOGRAFIA OVARICA MONOLATERALE
	FLEBOGRAFIA OVARICA BILATERALE
	FLEBOGRAFIA SPERMATICA MONOLATERALE
	FLEBOGRAFIA SPERMATICA BILATERALE
	FLEBOGRAFIA SPINALE
	LINFOGRAFIA
	PANANGIOGRAFIA CEREBRALE
Risonanza Magnetica Nucleare	
	USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO
	ANGIO R.M. (QUALSIASI DISTRETTO VASCOLARE - A DISTRETTO)
	ATM MONOLATERALE
	CINE R.M. COME STUDIO FUNZIONALE DI ARTICOLAZIONI
	COLANGIO E/O WIRSUNG RMN
	R.M. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	R.M. ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI
	R.M. ARTICOLAZIONE ED 1 SEGMENTO OSSEO (GINOCCHIO - SPALLA - GOMITO - COLLO PIEDE - ETC.)
	R.M. OGNI ARTICOLAZIONE E SEGMENTO OSSEO OLTRE AL PRIMO
	R.M. BACINO O COLLO O LARINGE O FARINGE O CRANIO O IPOFISI O NERVI ACUSTICI O MAMMELLA BILATERALE O MASSICCIO FACCIALE O TORACE E MEDIASTINO
	R.M. CUORE
	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (1 TRATTO)
	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (2 TRATTI)
	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (3 TRATTI)
	R.M. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	STUDIO DEI FLUSSI LIQUORALI CEREBRALI
Tomografia	

Assiale Computerizzata	
	USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO
	ANGIO T.C. DI QUALSIASI DISTRETTO - A DISTRETTO CON EVENTUALE RICOSTRUZIONE 3D
	ARTROTAC O T.C. DISTRETTI ARTICOLARI/SEGMENTI OSSEI
	BRONCOSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIÙ RICOSTRUZIONE 3D PIÙ ENDOSCOPIA VIRTUALE)
	COLONSCOPIASCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIÙ RICOSTRUZIONE 3D PIÙ ENDOSCOPIA VIRTUALE)
	DENTASCAN: 1 ARCATA
	DENTASCAN: 2 ARCADE
	MIELO T.C. : 1 TRATTO COLONNA VERTEBRALE
	MIELO T.C. : 2 TRATTI COLONNA VERTEBRALE
	MIELO T.C. : 3 TRATTI COLONNA VERTEBRALE
	O.C.T. - TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA
	T.C. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	T.C. BACINO E SACRO
	T.C. COLONNA VERTEBRALE: 1 SEGMENTO CON UN MINIMO DI 3 SPAZI INTERSOMATICI
	T.C. COLONNA VERTEBRALE: 2 SEGMENTI (CERVICALE E DORSALE O LOMBOSACRALE E SACROCOCCIGEO)
	T.C. COLONNA VERTEBRALE: 3 SEGMENTI (CERVICALE E DORSALE E LOMBOSACRALE O SACROCOCCIGEO)
	T.C. CRANIO E/O ORBITE O T.C. CRANIO E/O SELLA TURCICA O T.C. CRANIO E/O ROCCHIE PETROSE O T.C. CRANIO E/O MASTOIDI
	TC MASCELLARE CON ELABORAZIONE COMPUTERIZZATA SUPERIORE O INFERIORE (VITREA)
	T.C. TORACE O ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI
	T.C. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	TAC/PET
Medicina nucleare (scintigrafia)	
Apparato circolatorio	
	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO
	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO
	ANGIOSCINTIGRAFIA DISTRETTI ARTERIOSI O VENOSI
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (SPECT)
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PET)
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO PER L'IDENTIFICAZIONE DEL MIOCARDIO VITALE MEDIANTE REINIEZIONE
	SCINTI O TOMO SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (SPECT)
	STUDIO DELLA FUNZIONE VENTRICOLARE GLOBALE E REGIONALE (GATED-SPECT)
Apparato digerente	
	RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA
	SCINTIGRAFIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI
	VALUTAZIONE DELLE GASTRO ENTERORRAGIE
Apparato emopoietico	
	DETERMINAZIONE DEL TEMPO DI SOPRAVVIVENZA DELLE EMAZIE
	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO E DEL VOLUME ERITROCITARIO
	DETERMINAZIONE DELLA CINETICA PIASTRINICA
	DETERMINAZIONE DELL'ASSORBIMENTO INTESTINALE DELLA VITAMINA B12 (TEST DI SCHILLING)
	LINFOSCINTIGRAFIA SEGMENTARIA
	MISURA DELL'ASSORBIMENTO O DELLA PERMEABILITÀ INTESTINALE
	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA
Apparato osteo-articolare	
	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)
	SCINTIGRAFIA GLOBALE SCHELETRICA
	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE POLIFASICA SEGMENTARIA
	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA
Apparato	

respiratorio	
	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO
	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (SPECT)
	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA
Apparato urinario	
	CISTOSCINTIGRAFIA DIRETTA
	SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (SPECT)
	SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE CON TRACC. A RAPIDA ESCREZIONE ED ELABORAZIONE E VALUTAZIONE PARAMETRI SEMIQUANTITATIVI E/O QUANTITATIVI E MISURA DEL FILTRATO GLOMERULARE
Fegato e vie biliari e milza	
	SCINTIGRAFIA EPATICA (SPECT)
	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (SPECT)
	SCINTIGRAFIA EPATO-BILIARE SEQUENZIALE
	SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA CON FLUSSIMETRIA E CLEARANCE KUPFFERIANA
	SCINTIGRAFIA SPLENICA CON EMASIE AUTOLOGHE
Sistema nervoso centrale	
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPECT)
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE PLANARE CON ANGIOSCINTIGRAFIA
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUALITATIVA (PET)
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUANTITATIVA (PET)
	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO CORPOREO TOTALE
Tiroide e paratiroide	
	CAPTAZIONE TIROIDEA
	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI (INCLUSA SCINTIGRAFIA TIROIDEA)
	SCINTIGRAFIA TIROIDEA
	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORE POSITIVO
	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER RICERCA METASTASI TUMORI TIROIDEI
Altri organi	
	IMMUNOSCINTIGRAFIA
	RICERCA DI FOCOLAI FLOGISTICI CON LEUCOCITI AUTOLOGHI MARCATI
	RICERCA LINFONODO SENTINELLA (CHIRURGIA RADIOGUIDATA)
	SCINTIGRAFIA DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE
	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER LOCALIZZAZIONE NEOPLASTICA CON INDICATORI POSITIVI
	SCINTIGRAFIA MAMMARIA BILATERALE
	SCINTIGRAFIA SURRENALE
	TAC/PET
Cardiologia	
	CARDIOTOCOGRAFIA
	E.C.G. DI BASE
	E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO (TEST DI MASTER)
	E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO TREADMILL
	E.C.G. DINAMICO SECONDO HOLTER (24 H)
	E.C.G. DOMICILIARE
	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA DINAMICO CONTINUO (24 H)
	STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFOGEO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO
	TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE
	TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) CON DETERMINAZIONE CONSUMO DI O2 COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE
	TILT TEST
Cardiologia Interventistica	

	CATERISMO DESTRO E SINISTRO E CALCOLO PORTATE E GRADIENTI CON CORONAROGRAFIA + VENTRICOLOGRAFIA DESTRA E SINISTRA
	CORONAROGRAFIA + VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA + CATERISMO SINISTRO
	CORONAROGRAFIA CIRCOLO NATIVO + STUDIO SELETTIVO DI BYPASS VENOSI ED ARTERIOSI + VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA + CATERISMO SINISTRO
Oculistica	
	FLUORANGIOGRAFIA DELLA RETINA CON VERDE INDOCIANINA
	RETINOLOGRAFIA
	FLUORANGIOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE
	FLUORANGIOGRAFIA DELLA RETINA CON FLUORESCINA
Ostetricia	
	AMNIOCENTESI
Radiologia	
	ARTROGRAFIA
	ARTROGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE BILATERALE (COMPARATIVA)
	ARTROGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE MONOLATERALE
	BRONCOGRAFIA, MONOLATERALE O BILATERALE
	CISTOGRAFIA
	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO
	COLANGIOGRAFIA ATTRAVERSO TUBO DI KEHR O POST OPERATORIA
	COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA (CON EVENTUALI PROVE FARMACOLOGICHE)
	COLANGIOGRAFIA INTRA OPERATORIA
	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA
	COLANGIOGRAFIA RETROGRADA
	COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA DIAGNOSTICA (ERCP ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY)
	COLECISTOGRAFIA PER OS CON O SENZA PROVA DI BRONNER
	COLPO-CISTO-DEFECOGRAFIA
	DEFECOGRAFIA
	DACRIOCISTOGRAFIA
	FISTOLOGRAFIA
	GALATTOLOGRAFIA
	ISTEROSALPINGOGRAFIA (COMPRESO ESAME DIRETTO) - COMPRESA PRESTAZIONE DEL RADIOLOGO/GINECOLOGO
	MIELOGRAFIA CERVICALE O DORSALE
	SCIALOGRAFIA
	SPLENOPORTOGRAFIA
	UROGRAFIA (ESAME COMPLETO)
	VESCICOLO DEFERENTOGRAFIA
ENDOSCOPIE SENZA BIOPSIA	
	BRONCOSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIU RICOSTRUZIONE 3D PIU ENDOSCOPIA VIRTUALE)
	COLONOSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIU RICOSTRUZIONE 3D PIU ENDOSCOPIA VIRTUALE)
	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COMPRESO PASSAGGIO DI SONDA DI DILATAZIONE
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA ED EVENTUALE TEST RAPIDO H. PYLORI
	RETTOSCOPIA DIAGNOSTICA CON STRUMENTO RIGIDO
	RETTOSIGMOIDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON FIBRE OTTICHE

ALTA SPECIALIZZAZIONE	
TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	
Chemioterapia	
	PRESTAZIONI EQUIPE MEDICA ONCOLOGICA IN REGIME DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL (DEGENZA DIURNA) O AMBULATORIALE O DOMICILIARE PER MONO-POLICHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA E/O IPERTERMIA, CON INFUSIONE CONTINUA (comprensiva del costo del farmaco somministrato)
	USO POMPA ELETTRONICA PORTATILE PER INFUSIONE CONTINUA O CIRCADIANA PER MONO-POLICHEMIOTERAPIA
Radioterapia	
	IPIPTERMIA ASSOCIATA ALLA RADIOTERAPIA

	POSIZIONAMENTO DI PLACCHE PER LA RADIOTERAPIA DEL MELANOMA COROIDALE COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO OCULISTA
	RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEBI)
	RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: IRRADIAZIONE EMICORPOREA (HBI)
	RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: PANIRRADIAZIONE (TBI) FRAZIONATA
	RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: PANIRRADIAZIONE (TBI)
	RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE DINAMICA CON COLLIMATORE MICRO-MULTI-LEAF
	RADIOTERAPIA IMRT
	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA (ANCHE CYBER KNIFE)
	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA PLURIFRAZIONATA
	SIMULAZIONE PER RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON ANGIOGRAFIA
	SIMULAZIONE PER RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON TAC
	SISTEMA IMMOBILIZZAZIONE PER RADIOTERAPIA 3D E DINAMICA
Laserterapia	
	LASERTERAPIA ANTALGICA
	LASERTERAPIA VAGINALE O VULVARE O DELLA PORTIO
	LASERTERAPIA DEGLI ANNESSI, DELLA CONGIUNTIVA, DEI NEOVASI O NUBECOLE CORNEALI
	LASERTERAPIA DEL GLAUCOMA E DELLE SUE COMPLICANZE
	LASERTERAPIA DELLE VASCULOPATIE E/O MALFORMAZIONI RETINICHE
	LASERTERAPIA IRIDEA
	LASERTERAPIA LESIONI RETINICHE
	LASERTERAPIA NELLA RETINOPATIA DIABETICA
Dialisi	
	CICLODIALISI
	EMODIALISI

Allegato 3 Radiologia e ultrasonografia

	Descrizione prestazioni	TARIFFA MASSIMA
DIAGNOSTICA		
Radiologia tradizionale		
<i>Gli esami si intendono completi di tutte le proiezioni, radiogrammi necessari, qualsiasi contrasto utilizzato e/o insufflazione gassosa e di qualsiasi prestazione professionale necessaria, compresa assistenza per scopia. Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombosacrale.</i>		
	STUDIO DEI TEMPI DI TRANSITO INTESTINALE	99,00
	DETERMINAZIONE DIAMETRI PELVICI	32,00
	ORTOPANTOMOGRAFIA DI UNA O ENTRAMBE LE ARCATI DENTARIE	25,00
	CRANIO, TELERADIOGRAFIA (QUALSIASI NUMERO DI PROIEZIONI)	35,00
	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO (QUALSIASI NUMERO DI PROIEZIONI)	35,00
	ESAME RADIOLOGICO A LETTO DEL PAZIENTE (OLTRE L'ESAME)	41,00
	ESAME RADIOLOGICO A DOMICILIO DEL PAZIENTE (OLTRE L'ESAME)	99,00
	TORACE TRADIZIONALE O EQUALIZZATO E/O TELECUORE	32,00
	FARINGE: ESAME DIRETTO	27,00
	LARINGOGRAFIA OPACA	81,00
	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	50,00
	MAMMOGRAFIA BILATERALE	69,00
	STRATIGRAFIA DI QUALSIASI DISTRETTO O SEGMENTO ANATOMICO, SALVO I CASI DESCRITTI	70,00
	ADDOME: ESAME DIRETTO	34,00
	ESOFAGO CON CONTRASTO OPACO	54,00
	STOMACO, DUODENO	69,00
	TUBO DIGERENTE: SECONDE VIE (TENUE, COLON)	77,00
	TENUE, ESAME SERIATO	126,00
	TUBO DIGERENTE: COMPLETO (STOMACO, DUODENO, COLON, ESOFAGO)	135,00
	CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO	121,00
	FARINGOGRAFIA OPACA	72,00
	GHIANDOLE SALIVARI, ESAME DIRETTO	34,00
	TUBO DIGERENTE: PRIME VIE (ESOFAGO, STOMACO, DUODENO)	94,00
	APPARATO URINARIO, ESAME DIRETTO	34,00
	URETROCISTOGRAFIA ASCENDENTE E MINZIONALE	122,00
	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	122,00
	CRANIO E/O SENI PARANASALI	40,00
	OSSA NASALI, ESAME DIRETTO	32,00
	SELLA TURCICA, ESAME DIRETTO	27,00
	MASTOIDE	36,00
	EMIMANDIBOLA	26,00
	BACINO	32,00
	SCHELETRO TORACICO COSTALE MONOLATERALE	34,00
	STERNO	34,00
	COLONNA VERTEBRALE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE, SACROCOCCIGEA (PER SEGMENTO)	36,00
	COLONNA VERTEBRALE COMPLETA	72,00
	ARTI ED ARTICOLAZIONI: POLSO, MANO, CAVIGLIA, PIEDE, DITA	27,00
	ARTI ED ARTICOLAZIONI: OMERI, GOMITO, AVAMBRACCIO, FEMORE, GINOCCHIO, GAMBA, ANCA	32,00
	SCAPOLA	30,00
	CORPI ESTRANEI, LOCALIZZAZIONE	32,00
	ROTULA ASSIALI A 30°, 60°, 90°	50,00

	ESAME RADIOLOGICO IN SALA OPERATORIA (OLTRE L'ESAME)	50,00
	ROTULA	27,00
	APPARATO GENITALE FEMMINILE, ESAME DIRETTO	34,00
	APPARATO GENITALE MASCHILE, ESAME DIRETTO	34,00
	ARTI INFERIORI SOTTO CARICO CON BACINO	74,00
	ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE, ESAME DIRETTO	31,00
	CAVERNOSOGRAFIA	108,00
	CAVERNOSOGRAFIA CON MANOMETRIA	158,00
	CLAVICOLA	32,00
	COLONNA VERTEBRALE COMPLETA PIU' BACINO SOTTO CARICO	81,00
	COLONNA VERTEBRALE, ESAME MORFODINAMICO (PER SEGMENTO)	32,00
	DERIVAZIONI LIQUORALI, CONTROLLO RADIOLOGICO	23,00
	ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO	63,00
	ETÀ OSSEA (MANO E POLSO O GINOCCHIO, ETC.)	22,00
	FORAMI OTTICI	34,00
	GINOCCHIO SOTTO CARICO	32,00
	LARINGE, ESAME DIRETTO	30,00
	ORBITA, ESAME DIRETTO	32,00
	PIEDI SOTTO CARICO	38,00
	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE	108,00
	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE	135,00
	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	68,00
	PIELOURETROGRAFIA PERCUTANEA	180,00
	PNEUMOCISTOGRAFIA MAMMARIA	81,00
	RADICOLOGRAFIA	162,00
	REGIONE VESCICALE, ESAME DIRETTO	34,00
	ROCCHIE PETROSE	32,00
	SCHELETRO TORACICO COSTALE BILATERALE	51,00
	SPALLA	30,00
	SPALLA SOTTO CARICO	36,00
	STOMACO CON DOPPIO CONTRASTO	99,00
	STRATIGRAFIA A BOCCA APERTA E CHIUSA DELLA A.T.M., MONOLATERALE	59,00
	STRATIGRAFIA A BOCCA APERTA E CHIUSA DELLA A.T.M., BILATERALE	72,00
	STRATIGRAFIA A RIPOSO DELLA LARINGE E CON FONAZIONE	72,00
	STRATIGRAFIA DEL MEDIASTINO	72,00
	STRATIGRAFIA DEL TORACE, MONOLATERALE	72,00
	STRATIGRAFIA DEL TORACE, BILATERALE	81,00
	STUDIO SELETTIVO ULTIMA ANSA	45,00
	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO	42,00
	TENUE A DOPPIO CONTRASTO CON STUDIO SELETTIVO	180,00
	TESSUTI MOLLI, ESAME DIRETTO	34,00
	TIROIDE, ESAME DIRETTO	34,00
	TIROIDE, ESOFAGOGRAMMA CERVICALE	41,00
	TRACHEA, ESAME DIRETTO	22,00
	VASI, ESAME DIRETTO	27,00
Ultrasonografia		
<i>Gli esami si riferiscono ad entrambi i lati, comprensivi dello studio del circolo arterioso e venoso. Le tariffe esposte sono valide anche per qualsiasi esame doppler che associ altre tecniche e metodiche quali laser, etc.</i>		
	ARTI SUPERIORI O INFERIORI (BILATERALE) : DOPPLER	49,00
	ARTI SUPERIORI O INFERIORI (BILATERALE) : ECODOPPLER	63,00
	ECOCOLORDOPPLER DI QUALSIASI ALTRO DISTRETTO O SEGMENTO NON DESCRITTO	72,00
	ARTI SUPERIORI O INFERIORI (BILATERALE) : ECOCOLORDOPPLER	83,00
	ARTI SUPERIORI E INFERIORI (QUATTRO ARTI) : DOPPLER	68,00
	ARTI SUPERIORI E INFERIORI (QUATTRO ARTI) : ECODOPPLER	86,00
	ARTI SUPERIORI E INFERIORI (QUATTRO ARTI) : ECOCOLORDOPPLER	99,00
	PENIENO O TESTICOLARE : DOPPLER	59,00

PENIENO O TESTICOLARE : ECODOPPLER	78,00
PENIENO O TESTICOLARE : ECOCOLORDOPPLER	87,00
TRANSCRANICO COMPLETO : ECODOPPLER	63,00
TRANSCRANICO COMPLETO : ECOCOLORDOPPLER	86,00
TRANSCRANICO COMPLETO CON ANALISI SPETTRALE	54,00
TRONCHI SOVRAORTICI : DOPPLER	59,00
TRONCHI SOVRAORTICI : ECODOPPLER	70,00
TRONCHI SOVRAORTICI : ECOCOLORDOPPLER	81,00
VISCERALE : DOPPLER	41,00
VISCERALE : ECODOPPLER	72,00
VISCERALE : ECOCOLORDOPPLER	77,00

Allegato 4

Prevenzione Cardiovascolare – Oncologica e del cancro alla tiroide

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE-ONCOLOGICA	
Uomo (in unica soluzione una volta ogni 2 anni per età maggiore di 45 anni)	
	E.C.G. DI BASE
	ECOGRAFIA PROSTATICA E VESCICALE SOVRAPUBICA
	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)
	EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER.F.L.)
	VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE
	GLICEMIA
	AZOTEMIA
	CREATININEMIA
	COLESTEROLO HDL E LDL
	COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA
	TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) E GLUTAMMICO PIRUVICA (GPT)
	URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO
Donna (in unica soluzione una volta ogni 2 anni per età maggiore di 45 anni)	
	E.C.G. DI BASE
	MAMMOGRAFIA BILATERALE
	CITOLOGICO PER DIAGNOSTICA TUMORALE (PAP TEST) O CITOLOGICO ENDOCERVICALE E STRISCIO BATTERIOLOGICO VAGINALE
	EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER.F.L.)
	VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE
	GLICEMIA
	AZOTEMIA
	CREATININEMIA
	COLESTEROLO HDL E LDL
	COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA
	TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) E GLUTAMMICO PIRUVICA (GPT)
	URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO
PREVENZIONE DEL CANCRO DELLA TIROIDE	
in unica soluzione una volta ogni 2 anni per età maggiore di 45 anni	
	TSH (ORMONE TIREOTROPO)
	ECOGRAFIA TIROIDEA

Allegato 5 Odontoiatria

ODONTOIATRIA	TARIFFA MASSIMA
Chirurgia Orale	
<p><i>Sono compresi i trattamenti di emorragia post-extractionem e le medicazioni chirurgiche. Le estrazioni sono riferite solo agli elementi naturali. La prestazione INTERVENTI DI CHIRURGIA PREPROTESICA sono rimborsabili solo in caso di protesi rimovibili pregresse o contestuali. La prestazione RIZECTOMIA E RIZOTOMIA e la prestazione RIZOTOMIA non sono compatibili sullo stesso elemento dentario. L'anestesia generale è rimborsabile unicamente per gli interventi di chirurgia odontostomatologica elencati. Non è rimborsabile qualsiasi altra anestesia diversa da quella generale.</i></p>	
ANESTESIA GENERALE - Occorrono: Dichiarazione del Medico che attesti le limitazioni funzionali che richiedono la partecipazione dell'Anestesista; Copia della Cartella Anestesiologica firmata	194
APICECTOMIA (PER RADICE) COMPRESA OTTURAZIONE RETROGRADA E/O INTERVENTO PER RIPOSIZIONAMENTO APICALE - Mai ripetibile sullo stesso elemento	82
BIOPSIE (QUALSIASI NUMERO DI BIOPSIE) - Occorre: Copia referto istologico	77
DISINCLUSIONE DENTI RITENUTI, COMPRENSIVO DELLA PRESTAZIONE DELL'ORTODONTISTA PER ANCORAGGIO - Per elemento - Non ripetibile sullo stesso elemento nello stesso piano di cura	43
ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE, SEMPLICE O COMPLESSA - Per elemento - Mai ripetibile sullo stesso elemento	27
ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE IN INCLUSIONE OSSEA, PARZIALE O TOTALE - Per elemento - Mai ripetibile sullo stesso elemento	62
ESTRAZIONE DI TERZO MOLARE IN DISODONTIASI - Per elemento - Mai ripetibile sullo stesso elemento	50
INTERVENTI DI CHIRURGIA PREPROTESICA IN CASO DI EDENTULIA PARZIALE O TOTALE - Per emiarcata - Non ripetibile prima di 5 anni	86
INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA ORALE: FRENULOTOMIA O FRENULECTOMIA - Per arcata - Mai ripetibile sulla stessa arcata	62
INTERVENTO PER ASPORTAZIONE DI EPULIDE, CON O SENZA RESEZIONE DEL BORDO ALVEOLARE - Mai ripetibile - Occorre: Copia referto istologico	109
RIZECTOMIA E RIZOTOMIA, COMPRESO LEMBO DI ACCESSO, COME UNICO INTERVENTO - Per elemento - Mai ripetibile sullo stesso elemento	77
RIZOTOMIA, COMPRESO LEMBO DI ACCESSO, COME UNICO INTERVENTO - Per elemento - Mai ripetibile sullo stesso elemento	47
INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA ORALE: INCISIONE DI ASCESSI O ASPORTAZIONE CISTI MUCOSE O PICCOLE NEOPLASIE - Occorre: Copia referto istologico in caso di cisti mucose o piccole neoplasie	62
Conservativa	
<p><i>Per lo stesso dente è rimborsabile una sola delle prestazioni OTTURAZIONE ogni 3 anni. Sono compresi: il posizionamento della diga; il riattacco di frammento; il trattamento chimico per l'ipersensibilità; le otturazioni contestuali alla cura canalare e/o al ritrattamento endodontico dello stesso elemento. Le prestazioni OTTURAZIONE non sono rimborsabili contestualmente alle prestazioni INTARSI IN LP O CERAMICA per lo stesso elemento.</i></p>	
INCAPPUCCIAMENTO DELLA POLPA DIRETTO/INDIRETTO - Per elemento - Non ripetibile prima di 3 anni	24
INTARSI IN LP O CERAMICA, INLAY O ONLAY COMPRESO PROVVISORIO - Per elemento - Non rimborsabile sul gruppo anteriore (da canino a canino) e non ripetibile prima di 5 anni - Occorre: copia Certificazione del laboratorio odontotecnico	139
OTTURAZIONE DI CAVITA DI I CLASSE, QUALSIASI MATERIALE - Per elemento - Non ripetibile prima di 3 anni	27
OTTURAZIONE DI CAVITA DI II CLASSE, QUALSIASI MATERIALE - Per elemento - Non ripetibile prima di 3 anni	35
OTTURAZIONE DI CAVITA DI III CLASSE, QUALSIASI MATERIALE - Per elemento - Non ripetibile prima di 3 anni	31
OTTURAZIONE DI CAVITA DI IV CLASSE, QUALSIASI MATERIALE - Per elemento - Non ripetibile prima di 3 anni	35
OTTURAZIONE DI CAVITA DI V CLASSE, QUALSIASI MATERIALE - Per elemento - Non ripetibile prima di 3 anni	27

RICOSTRUZIONE DEL DENTE CON ANCORAGGIO A VITE O A PERNO - Per elemento - Non ripetibile prima di 3 anni	43
Endodonzia	
<i>Ciascuna prestazione non è mai ripetibile sullo stesso elemento. Sono compresi: il posizionamento della diga; il trattamento perforazioni con comunicazioni endodonto-parodontali; otturazioni contestuali alla cura canalare e/o al ritrattamento endodontico dello stesso elemento; la ricostruzione coronale pre-endodontica. Non sono rimborsabili i trattamenti di apacificazione e le medicazioni di pronto soccorso endodontico.</i>	
CURA CANALARE COMPLETA 1 CANALE, COMPRESSE QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE, RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA E RX ENDORALI - Per elemento - Occorrono: OPT pre/post trattamento	64
CURA CANALARE COMPLETA 2 CANALI, COMPRESSE QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE, RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA E RX ENDORALI - Per elemento - Occorrono: OPT pre/post trattamento	79
CURA CANALARE COMPLETA 3 O PIU' CANALI, COMPRESSE QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE, RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA E RX ENDORALI - Per elemento - Occorrono: OPT pre/post trattamento	98
PULPOTOMIA E OTTURAZIONE DELLA CAMERA PULPARE PER QUALSIASI NUMERO DI CANALI, COMPRESSE RX ENDORALI - Per elemento - Non rimborsabile in associazione a RITRATTAMENTO ENDODONTICO - Occorrono: OPT pre/post trattamento	39
RITRATTAMENTO ENDODONTICO, COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE - Per canale - Non rimborsabile in associazione a cura canalare - Occorrono: OPT pre/post trattamento	39
Prevenzione dentale	
VISITA SPECIALISTICA CON PIANO CURE	10
IGIENE ORALE – DETARTRASI - 1 volta l'anno	35
PREVENZIONE DEL CARCINOMA DEL CAVO ORALE - 1 volta ogni 2 anni	35

Parodontologia	
<i>Le prestazioni di chirurgia in parodontologia non sono sovrapponibili sulle stesse arcate o emiarcate. La prestazione CHIRURGIA OSSEA non è rimborsabile in associazione alla prestazione INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE O AMPLIAMENTO ORIZZONTALE E/O VERTICALE DI CRESTA ALVEOLARE se l'emiarcata interessata è edentula. La prestazione INSERIMENTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE non è rimborsabile in associazione alla prestazione INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE O AMPLIAMENTO ORIZZONTALE E/O VERTICALE DI CRESTA ALVEOLARE per la stessa emiarcata.</i>	
CHIRURGIA GENGIVALE, INCLUSI QUALSIASI TIPO DI LEMBO E SUTURA - Per arcata - Non ripetibile prima di 5 anni	120
CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, INCLUSI QUALSIASI TIPO DI LEMBO E SUTURA - Per arcata - Non ripetibile prima di 5 anni	182
CHIRURGIA OSSEA, INCLUSI QUALSIASI TIPO DI LEMBO DI ACCESSO E SUTURA - Trattamento completo per arcata - Non ripetibile prima di 5 anni	202
GENGIVECTOMIA COME UNICA PRESTAZIONE - Per emiarcata - Non ripetibile prima di 5 anni	54
INSERIMENTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE, INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO - Per emiarcata - Non ripetibile prima di 5 anni	77
LEVIGATURA RADICOLARE E COURETTAGE GENGIVALE - Per emiarcata - Non ripetibile prima di 2 anni	15
SPLINTAGGIO INTERDENTALE, QUALSIASI MATERIALE IMPIEGATO - Per emiarcata - Non ripetibile prima di 5 anni	50
Gnatologia	
<i>Non sono rimborsabili: l'eventuale registrazione dei rapporti intermascellari e studio del caso in articolatore; l'eventuale registrazione con apparecchiature elettroniche o elettromiografiche e studio del caso; riparazione di placca diagnostica o bite. Le prestazioni PLACCA DIAGNOSTICA O ORTOTICO O BITE, con sistema indiretto e diretto, non sono rimborsabili in associazione tra di loro (non assimilabili alla dima pre-chirurgica né alla contenzione ortodontica di qualsiasi tipo).</i>	
MOLAGGIO SELETTIVO PARZIALE O TOTALE - Massimo 1 seduta - Non ripetibile prima di 1 anno	31
PLACCA DIAGNOSTICA O ORTOTICO O BITE - SISTEMA INDIRETTO - Non ripetibile prima di 2 anni Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	149
PLACCA DIAGNOSTICA O ORTOTICO O BITE - SISTEMA DIRETTO - Non ripetibile prima di 2 anni	90
Radiologia	

Non sono rimborsabili le radiografie oltre quanto descritto. Non è rimborsabile il completo radiografico endorale (16/21). Le immagini su supporti o digitali devono recare: nome e cognome, data, riferimenti dx/sn o quadrante, sia sul file che sull'immagine. Le Rx endorali e le fotografie intraorali sono rimborsabili per un massimo di 6 immagini l'anno. E' rimborsabile 1 immagine pre-cure e 1 immagine post-cure per la singola prestazione che le prevede.

ORTOPANTOMOGRAMMA DELLE DUE ARCADE - Massimo 2 volte l'anno	21
TELECRANIO, QUALSIASI NUMERO DI PROIEZIONI - Massimo 2 volte l'anno	29
RX ENDORALI - Massimo per anno 3 pre-trattamento e 3 post-terapia, unicamente in riferimento e contestualmente alle prestazioni che le prevedono	4
FOTOGRAFIA O IMMAGINE VIDEO INTRAORALE - Massimo per anno 3 pre-trattamento e 3 post-terapia, unicamente in riferimento e contestualmente alle prestazioni che le prevedono	4
FOTOGRAFIA DEL MORSO INVERSO E/O FOTOGRAFIA DEI MODELLI IN OCCLUSIONE - Massimo per anno 3 pre-trattamento e 3 post-terapia, unicamente in riferimento e contestualmente alla prestazione TRATTAMENTO DI MALOCCLUSIONI DENTALI E SCHELETRICHE	4
DENTASCAN O TOMOGRAFIA VOLUMETRICA A FASCIO CONICO: 1 ARCATI	95
DENTASCAN O TOMOGRAFIA VOLUMETRICA A FASCIO CONICO: 2 ARCADE	131

Ortodonzia

Le terapie ortodontiche sono rimborsabili per un massimo di 3 anni, anche non consecutivi, indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte a trattamento e comunque entro lo stesso anno nel quale si compiono i 20 anni di età. Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: l'esame diagnostico ortodontico (impronte e modelli da museo, esame cefalometrico); non sono rimborsabili: il rifacimento apparecchio ortodontico; la riparazione apparecchio ortodontico; il set-up diagnostico ortodontico; i controlli durante tutto il periodo di trattamento/cura. Lo splintaggio interdentale (per emiarcata, qualsiasi materiale impiegato) è utilizzabile esclusivamente in caso di problematiche parodontali e non può essere assimilato alla contenzione ortodontica.

Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche: qualsiasi classe, qualsiasi tecnica, comprese apparecchiature di contenzione (per arcata e per anno) – rimborso per anno, per massimo 3 anni anche non consecutivi. pre-trattamento: telecranio ed esame cefalometrico o foto del "morso/morso inverso". post-terapia: telecranio o foto dei modelli in occlusione. obbligo di trasmissione del piano di cure, da ritrasmettere solo nel caso in cui vi siano variazioni nelle arcate interessate al trattamento .	375
---	-----

Implantologia

La dima prechirurgica è compresa nelle relative prestazioni (non assimilabile ad alcun tipo di byte). E' rimborsabile una sola prestazione IMPIANTI OSTEO-INTEGRATO per sede dentaria, indipendentemente dal numero di radici del dente naturale da sostituire.

IMPIANTI OSTEO-INTEGRATI, RICOPERTI IN CERAMICA, CARBON-VITREOUS, IDROSSIAPATITE, TITANIO PURO - Per elemento - Non ripetibile sullo stesso elemento Pre-trattamento: OPT o Rx endorale o immagini intraorali pre-estrattive o intraoperatorie - Post-terapia: OPT o Rx endorale o immagini intraorali che mostrino la "vite di guarigione", prima della protesizzazione finale	345
INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE O AMPLIAMENTO ORIZZONTALE E/O VERTICALE DI CRESTA ALVEOLARE, QUALSIASI TECNICA, CON PRELIEVO DI OSSO AUTOLOGO INTRAORALE ED INNESTO E/O INSERIMENTO DI QUALSIASI MATERIALE DA INNESTO - Trattamento completo - Non ripetibile sulla stessa emiarcata - Pre-trattamento: OPT - Post-terapia: OPT o immagine intraoperatoria	426

Protesi

Tutte le prestazioni, ad eccezione delle RIBASAMENTO, non sono rimborsabili nella stessa sede prima di 5 anni dalla prestazione precedente. Nel caso di protesi totali definitive su arcate edentule, non potranno essere rimborsate altre tipologie di riabilitazioni protesiche definitive prima dei 5 anni sulla stessa arcata, anche in presenza di nuovi sistemi terapeutici innovativi. Le prestazioni di PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE, APPARECCHIO SCHELETRATO, PROTESI TOTALE, non sono rimborsabili contestualmente sulla stessa arcata. Sono compresi nelle prestazioni/cure: l'eventuale ceratura diagnostica; la mesostruttura di ricostruzione su impianti; la cementazione di protesi; eventuali fresaggi/controfresaggi in LP. Le prestazioni CORONA PROVVISORIA IN RESINA indiretta e diretta non sono tra loro compatibili sullo stesso elemento. La prestazione SINGOLO ATTACCO DI SEMIPRECISIONE/PRECISIONE non è rimborsabile su impianti senza protesi fissa. La prestazione RIPARAZIONE DI FACCETTE IN RESINA O CERAMICA non è assimilabile alle faccette protesiche.

CORONA A GIACCA IN RESINA PER PROTESIZZAZIONE DEFINITIVA - Per elemento - Pre e post trattamento: OPT o Rx endorale oppure Foto intraorale	135
CORONA FUSA LP O LP E FACCETTA IN RESINA O LP E FACCETTA IN RESINA FRESATA - Per elemento - Pre e post trattamento: OPT o Rx endorale oppure Foto intraorale	194
CORONA LNP O LP E CERAMICA O CERAMICA FRESATA O CERAMICA-ALLUMINA O VETRORESINA O QUALSIASI TIPO DI CORONA DOPPIA, TIPO TELESCOPICA-CONOMETRICA - Per elemento - Pre e post trattamento: OPT o Rx endorale oppure Foto intraorale	225
CORONA PROVVISORIA ARMATA, LNP O LP - Per elemento - Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	30

CORONA PROVVISORIA IN RESINA, INDIRETTA - Per elemento	26
PERNO MONCONE FUSO IN LNP O LP O CERAMICI - Per elemento - Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico o certificazione dell'odontoiatra se in fibra di carbonio o ceramica vetrosa	60
RICOSTRUZIONE MONCONE IN MATERIALE COMPOSITO, CVI, AMALGAMA - Per elemento	53
RIMOZIONE DI CORONE O PERNI ENDOCANALARI - Per singolo pilastro o per singolo perno - Non applicabile agli elementi intermedi di ponte, in estensione o in associazione a impianto o estrazione dello stesso elemento dentario	15
RIPARAZIONE DI FACCETTE IN RESINA O CERAMICA - Solo per elementi già protesizzati	38
CORONA PROVVISORIA IN RESINA, DIRETTA - Per elemento	23
APPARECCHIO SCHELETRATO, STRUTTURA LNP O LP, COMPRESIVO DI ELEMENTI - Per arcata - Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	458
PROTESI PARZIALE DEFINITIVA RIMOVIBILE, COMPRESIVO DI GANCI ED ELEMENTI - Per emiarcata - Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	248
PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE PROVVISORIA, COMPRESIVO DI GANCI ED ELEMENTI - Per emiarcata - Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	90
PROTESI TOTALE CON DENTI IN RESINA O CERAMICA - Per arcata - Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	555
PROTESI TOTALE IMMEDIATA PROVVISORIA - Per arcata - Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	203
RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE, SISTEMA INDIRETTO - Per arcata - Non ripetibile prima di 1 anno Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	71
SINGOLO ATTACCO DI SEMIPRECISIONE/PRECISIONE, IN LNP O LP FUSO PREFABBRICATO DI QUALSIASI TIPO - Per elemento - Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	75
RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE, SISTEMA DIRETTO - Per arcata - Rimborso non ripetibile prima di 1 anno	60

Poste Assicura S.p.A. • 00144, Roma (RM), Piazzale Konrad Adenauer, 3 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it; www.poste-assicura.it • Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA n. 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

Gruppo Posteitaliane