

## **DISCIPLINARE DELLE PRESTAZIONI A FAVORE DEI SOCI ADERENTI AL “CLUB DELLA SALUTE”**



**Opzione “Grandi Interventi e Ricoveri”**

Premessa

***Poiché Fab si avvale di primarie Compagnie di Assicurazioni, mediante la stipula di polizze, con la presente si precisa che con l'espressione "Associati-Beneficiari" si intende fare riferimento agli Assistiti, aventi diritto delle prestazioni delle polizze medesime stipulate da FAB nel loro interesse, i quali potranno usufruirne attraverso le Centrali Operative incaricate dalle Compagnie stesse.***

## **Il Fondo Assistenza e Benessere**

**Il Fondo Assistenza e Benessere è un'Associazione non lucrativa di assistenza sanitaria, denominata "FONDO ASSISTENZA E BENESSERE – Fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale" e di seguito chiamato "FAB", conformemente all'articolo 36 e seguenti del Codice Civile e in osservanza del D.Lgs. 4.12.1997 n. 460, dell'articolo 9 del D.Lgs. 229/99, dei Decreti Ministeriali 31.03.2008 e 27.10.2010 nonché dell'articolo 51 comma 2 lettera a) del DPR 22.12.1986 n. 917, e delle rispettive successive modifiche ed integrazioni.**

Il FAB è stato costituito in data 30/11/2011 in Torino, e ha sede in Via Cibrario, 6 – 10144 Torino ed è iscritto presso l'Anagrafe dei Fondi istituita presso il Ministero della Salute.

Il FAB ha per oggetto esclusivo la predisposizione e l'attuazione di prestazioni assistenziali. Si propone come modello mutualistico di integrazione del servizio sanitario nazionale con la finalità di attuare una maggiore efficienza ed equità erogando, in forma diretta o indiretta, prestazioni assistenziali di carattere sanitario finalizzate a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 D.Lgs. 30-12-1992 n. 502, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

Le Opzioni erogate dal Fondo Assistenza e Benessere ottemperano a quanto richiesto dal DM 27/10/2009 (c.d. "Decreto Sacconi").

## INDICE

### Glossario

#### **Sezione I – Rimborso Spese mediche**

Art. 1 – Estensione territoriale

Art. 2 – Oggetto della copertura

Art. 3 – Garanzia e massimali

Art. 4 – Prestazioni

Art. 5 – Limiti di età

Art. 6 – Esclusioni

Art. 7 – Termini di aspettativa

Art. 8 – Attivazione delle prestazioni

Allegato I – Elenco Grandi Interventi

Allegato II- Elenco Gravi Patologie

## GLOSSARIO

### **Assistenza infermieristica**

Assistenza prestata dal personale in possesso di specifico diploma.

### **Assistiti**

Il "Socio Beneficiario Individuale" del Fondo Assistenza e Benessere e i relativi appartenenti al Nucleo Familiare, considerati "Assistiti" dal Fondo stesso.

### **Aborto terapeutico**

Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

### **Aborto spontaneo**

Interruzione della gravidanza indipendente dalla volontà della madre per cause genetiche, cromosomiche, immunologiche, traumatiche, anomalie uterine, cause materne generali quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo patologie, diabete ipertensione.

### **Cartella Clinica**

Documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

### **Centrale Operativa**

La struttura del Service, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Soci Beneficiari e a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi - in regime rimborsuale e di assistenza diretta.

### **Evento**

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la copertura.

### **FAB**

Fondo Assistenza e Benessere - Fondo Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito denominato FAB) con sede in Via Cibrario 6, 10144 Torino (TO) C.F. 97748980014.

### **Day Hospital / Day Surgery**

La degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura. Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite dai medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

### **Franchigia / Scoperto**

Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (franchigia) ed in percentuale (scoperto) sull'ammontare del danno, che rimane a carico dell'Assistito.

### **Grande Intervento**

Gli interventi chirurgici elencati nell'Allegato I.

### **Gravi patologie**

Le malattie indicate nell'allegato II.

### **Indennità sostitutiva del rimborso**

Importo forfettario giornaliero che FAB eroga nel caso di ricovero dell' Assistito in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricevute in quanto a totale carico del SSN.

### **Indennizzo**

La somma dovuta nel caso si verifichi un evento oggetto della copertura.

### **Infortunio**

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

### **Intervento chirurgico**

Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali, cruento, eseguito anche senza ricovero presso le strutture sanitarie.

### **Intramoenia**

Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di "Day Hospital" o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) sia presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

### **Istituto di cura**

Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

### **Malattia**

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

### **Malattia terminale**

Malattia o prognosi infausta per la sopravvivenza dell' Assistito che comporta la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente o a svolgere le comuni attività quotidiane quali: camminare, lavarsi, vestirsi, mangiare, alzarsi dal letto/mettersi a letto).

### **Malformazione / Difetto fisico**

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipula dell'Opzione (o dell'ingresso in copertura).

### **Massimale**

La disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile per il Socio-Beneficiario e i componenti medesimo del nucleo familiare per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nel periodo di copertura.

### **Modalità d'indennizzo**

Forma diretta: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria ed al medico convenzionati;

Forma indiretta: Rimborso delle spese sostenute dal Socio-Beneficiario per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento;

Forma Mista: Pagamento parte in forma diretta (indennizzo diretto alla struttura e/o medico convenzionato) parte in forma indiretta (rimborso delle spese da effettuarsi dopo il ricevimento della documentazione per la parte di prestazione eseguita da struttura e/o medico non convenzionato).

### **Nucleo familiare**

Il Socio Beneficiario, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi fiscalmente a carico conviventi e non, compresi anche i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati.

### **Opzione "Grandi Interventi e Ricoveri"**

I documenti che definiscono le modalità e i contenuti previsti dal piano sanitario prescelto a cui i Soci-Beneficiari hanno aderito.

### **Patologia in atto / Patologia preesistente**

Malattie diagnosticate e/o abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione a FAB.

### **Periodo di copertura**

L'intervallo di tempo intercorrente tra la data di adesione a FAB e il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Per gli anni successivi il periodo di copertura coincide con l'anno solare

### **Ricovero – Degenza**

Permanenza in istituto di cura con pernottamento o in Day Hospital / Day Surgery.

### **Rischio**

La probabilità che si verifichi l'evento.

### **Strutture Sanitarie**

1) Strutture Sanitarie Private/Medici:

a) convenzionate con la Centrale Operativa: Strutture e Medici presso le quali il Socio-Beneficiario può usufruire dell'assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente dalla Centrale Operativa alla Struttura Convenzionata e/o Medico Convenzionato) per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute per gli eventi garantiti dal Fondo di assistenza mediante la presente opzione.

b) forma mista: Strutture e/o Medico/i presso le quali il pagamento avviene in parte in forma Diretta (indennizzo pagato direttamente dalla Centrale Operativa alla Struttura e/o Medico Convenzionato), parte in forma indiretta (verrà effettuato il rimborso delle spese sostenute dall'Assistito dopo il ricevimento, da Parte della Centrale Operativa, della documentazione relativa alla prestazione eseguita da Strutture e/o Medico non Convenzionato).

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:

a) prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.: Strutture presso le quali il Socio-Beneficiario beneficia delle prestazioni sanitarie pubbliche;

b) prestazioni erogate in regime di intramoenia presso strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Operativa;

c) prestazioni erogate in regime di intramoenia presso strutture sanitarie non convenzionate con la Centrale Operativa.

3) Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

Strutture Sanitarie Private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie non in forma pubblica, bensì in regime privatistico.

4) Strutture Sanitarie Private/Medici NON convenzionate con la Centrale Operativa.

### **Termini di aspettativa / Carenza**

Il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto dell'opzione e l'inizio della garanzia.

### **Visita Specialistica**

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

## Sezione I - RIMBORSO SPESE MEDICHE

### 1. Estensione Territoriale

L'adesione è valida per gli Assistiti residenti in Italia.

La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

### 2. Oggetto della copertura

La copertura, nei limiti e fino alla concorrenza dei massimali stabiliti nell'articolo successivo, opera per le prestazioni di seguito riportate:

#### A – RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI

In caso di ricovero per un grande intervento reso necessario da infortunio o malattia, FAB rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato alla lettera A), dell'art. 3 – Garanzie e massimali, le spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 e 4.6, dell'Art. 4 – Prestazioni.

I grandi interventi sono quelli elencati nell'**Allegato I**.

#### B – RICOVERO PER GRAVI PATOLOGIE

In caso di ricovero reso necessario per la cura delle patologie elencate nell'**Allegato II**, "Gravi patologie", che non comportano intervento di alta chirurgia, FAB rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato alla lettera B), dell'Art. 3 – Garanzie e massimali, le spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 e 4.6, dell'Art. 4 – Prestazioni.

#### C – RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero comportante intervento chirurgico (anche in day-surgery), diverso da quelli di cui al punto A che precede, reso necessario da infortunio o da malattia, aborto terapeutico o spontaneo, o post-traumatico, FAB rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato alla lettera C), dell'Art. 3 – Garanzie e massimali, le spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 e 4.6, dell'Art. 4 – Prestazioni.

#### C.a – PARTO CESAREO

Si intende compreso in garanzia il parto cesareo nei termini di cui al punto C che precede, nel caso in cui l'evento sia stato determinato da urgenza o comprovato da motivi di salute debitamente certificati dal medico curante.

#### D – RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero senza intervento chirurgico, parto non cesareo, o terapie mediche in day-hospital, diverso da quelli di cui al punto B che precede, reso necessario da infortunio o malattia, FAB rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato alla lettera D), dell'Art. 3 – Garanzie e massimali, le spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 e 4.6, dell'Art. 4 – Prestazioni.

### 3. Garanzie e massimali

La copertura opera per le garanzie di cui all'Art. 2 – Oggetto della copertura, per i massimali, scoperti, franchigie e limiti di indennizzo, di seguito indicati:



**A) Ricoveri per grandi interventi di cui all'Allegato I.**  
Massimale € 260.000,00 per anno e per nucleo familiare

- a) Utilizzo di **strutture sanitarie e medici convenzionati** con la Centrale Operativa: **franchigia € 500,00 per ogni evento.**
- b) Utilizzo di **strutture sanitarie e medici non convenzionati** con la Centrale Operativa, compresa attività c.d. "intramoenia" in strutture del S.S.N. non convenzionate con la Centrale Operativa: **scoperto 20% con il minimo di € 1.500,00 per ogni evento.**
- c) Utilizzo di **strutture sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati** la Centrale Operativa ("assistenza mista"):
  - Sulla parte di indennizzo per le prestazioni erogate **da strutture o medici convenzionati: scoperto zero franchigia zero.**
  - Sulla parte di rimborso spese per le prestazione erogate **da strutture o medici non convenzionati: scoperto 20% con il minimo di € 1.500,00 per ogni evento.**
- d) Regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), diverso dall'intramoenia: **scoperto zero franchigia zero.**

**B) Ricoveri per Gravi Patologie di cui all'Allegato II.**  
Massimale € 260.000,00 per anno e per nucleo familiare

- a) Utilizzo di **strutture sanitarie e medici convenzionati** con la Centrale Operativa: **franchigia € 1.500,00 per ogni evento.**
- b) Utilizzo di **strutture sanitarie e medici non convenzionati** con la Centrale Operativa, compresa attività c.d. "intramoenia" in strutture del S.S.N. non convenzionate con la Centrale Operativa: **scoperto 35% con il minimo di € 2.500,00 per ogni evento.**
- c) Utilizzo di **strutture sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati** con la Centrale Operativa ("assistenza mista"):
  - Sulla parte di indennizzo per le prestazioni erogate **da strutture o medici convenzionati: scoperto zero franchigia zero.**
  - Sulla parte di rimborso spese per le prestazione erogate da **strutture o medici non convenzionati: scoperto 35% con il minimo di € 2.500,00 per ogni evento.**
- d) Regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), diverso dall'"intramoenia": **scoperto 15% per ogni evento.**

**C) Ricoveri:**

**I) per interventi chirurgici diversi da quelli elencati nell'Allegato I "Grandi Interventi"**

**II) per parto cesareo ;**

- a) Utilizzo di **strutture sanitarie e medici convenzionati** con la Centrale Operativa: **franchigia € 1.500,00 per ogni evento.**
  - I) Massimale € 260.000,00 per anno e nucleo familiare;**
  - II) Massimale €. 5.200,00 per evento.**
- b) Utilizzo di **strutture sanitarie e medici non convenzionati** con la Centrale Operativa, compresa attività c.d. "intramoenia" in strutture del S.S.N. non convenzionate con la Centrale Operativa: **scoperto 35% con il minimo di € 2.500,00 per ogni evento.**
  - I) Il massimo importo complessivo erogabile per evento non potrà essere superiore a € 100.000,00;**

**II) Massimale € 5.200,00 per evento.**

**c) Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati con la Centrale Operativa ("assistenza mista"):**

- Sulla parte di indennizzo per le prestazioni erogate **da strutture o medici convenzionati: scoperto zero franchigia zero.**
- Sulla parte di indennizzo per le prestazioni erogate da strutture o medici non convenzionati: **scoperto 35% con il minimo di € 2.500,00 per ogni evento**

**I) Il massimo importo complessivo erogabile per evento non potrà essere superiore a € 100.000,00;**

**II) Massimale € 5.200,00 per evento.**

**d) I) Regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) diverso dall'intramoenia: scoperto 15% (senza alcun minimo).**

**Massimale € 260.000,00 per anno e per nucleo familiare.**

**II) Regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) diverso dall'intramoenia: scoperto 15% (senza alcun minimo), con il massimo indennizzo di € 5.200,00 per evento.**

#### **C.a) Aborto terapeutico o spontaneo o post-traumatico**

▪ Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con la Centrale Operativa: **franchigia zero / scoperto zero ed il massimo importo erogabile di € 2.100,00 per evento.**

▪ Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati con la Centrale Operativa: **scoperto 35% con il minimo di € 600,00.**  
**Il massimo importo complessivo erogabile per evento non potrà essere superiore a € 2.100,00.**

▪ Utilizzo **strutture sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati** con la Centrale Operativa: **scoperto 35% con il minimo di € 600,00.**  
**Il massimo importo complessivo erogabile per evento non potrà essere superiore a € 2.100,00.**

▪ Regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) diverso dall'intramoenia: **franchigia zero / scoperto zero ed il massimo indennizzo di € 2.100,00 per evento.**

**D) Ricoveri senza interventi chirurgici diversi da quelli elencati nell'Allegato II "Gravi Patologie"  
Massimale € 260.000,00 per anno e per nucleo familiare**

**a) Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con la Centrale Operativa: franchigia € 1.500,00 per ogni ricovero.**

**b) Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati con la Centrale Operativa, compresa attività c.d. "intramoenia" in strutture del S.S.N. non convenzionate con la Centrale Operativa: scoperto 35% con il minimo di € 2.500,00 per ogni evento.**  
**Il massimo importo complessivo erogabile per evento non potrà essere superiore a € 100.000,00.**

**c) Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati con la Centrale Operativa ("assistenza mista"):**

- Sulla parte di indennizzo per le prestazioni erogate da **strutture o medici convenzionati: franchigia zero / scoperto zero.**
- Sulla parte di indennizzo per le prestazioni erogate da **strutture o medici non convenzionati: scoperto 35% con il minimo di € 2.500,00 per ogni evento.**

**Il massimo importo complessivo erogabile per evento non potrà essere superiore a € 100.000,00.**

- d)** Regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) diverso dall'intramoenia: **scoperto 15%(senza alcun minimo) per ogni evento.**

**D.a) Parto non cesareo anche domiciliare:**

- a)** Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con la Centrale Operativa: **massimo importo erogabile € 550,00 per evento senza applicazione di scoperti e franchigie.**
- b)** Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati con la Centrale Operativa: **massimo importo erogabile € 550,00 per evento senza applicazione di scoperti e franchigie.**
- c)** Utilizzo di strutture sanitarie o medici non convenzionati con la Centrale Operativa: **massimo importo erogabile € 550,00 per evento senza applicazione di scoperti e franchigie.**
- d)** Regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) diverso dall'intramoenia: **massimo importo erogabile € 550,00 per evento senza applicazione di scoperti e franchigie.**

**La corresponsione dell'importo erogabile per parto naturale anche domiciliare verrà corrisposto unicamente in forma indiretta dalla Centrale Operativa a titolo di rimborso delle spese indicate al punto 4.4. lettere c) e d).**

**E) Indennità sostitutiva del rimborso**

**La Centrale Operativa rimborsa le seguenti indennità sulla base di quanto previsto all'art. 4.6 Indennità sostitutiva del rimborso – rimborso delle spese inerenti il ricovero:**

- a. € 130,00 per ogni pernottamento in Istituto di cura con il massimo di 100 pernottamenti**
- b. € 130,00 per ogni ricovero/intervento effettuato in day-hospital/day-surgery.**

**Si precisa inoltre che la Centrale Operativa rimborserà indipendentemente dal numero di eventi rimborsati al massimo fino alla concorrenza di € 260.000,00 per anno/nucleo.**

#### **4. Prestazioni**

FAB rimborsa le spese sostenute in relazione alle seguenti prestazioni:

**4.1 - Nei 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico in day hospital/day-surgery, per:**

visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché dette prestazioni siano inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico in day hospital.

**4.2 - Durante il ricovero o l'intervento chirurgico in day hospital/day-surgery, per:**

accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica; terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali; onorari dell'équipe che effettua l'intervento chirurgico, materiale di intervento (comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito); diritti di sala operatoria; rette di degenza.

**4.3 - Dopo il ricovero o l'intervento chirurgico in day hospital/day-surgery, entro i giorni in seguito specificati successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura o all'intervento chirurgico, per:**

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata, entro **120 giorni**;

- assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza dell'Assistito in conseguenza di intervento chirurgico, infortunio, ictus cerebrale o infarto cardiaco, entro **120 giorni**;
- prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da infortunio, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco, dell'intervento chirurgico entro **120 giorni**;
- trattamenti di malattie oncologiche entro **180 giorni**.

**4.4 - Nei seguenti casi particolari**, FAB rimborsa le spese sostenute in relazione alle prestazioni sotto descritte:

a) in caso di trapianto di organi:

- se l'Assistito è ricevente: le spese di prelievo e trasporto di organi o parti di essi, ovvero le spese di ricovero del donatore vivente;
- se l'Assistito è donatore: le sue spese di ricovero e di viaggio (in treno o aereo di linea) di andata e ritorno.

b) in caso di ricovero domiciliare per malattia terminale:

- le spese per l'assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture sanitarie all'uopo costituite e legalmente riconosciute **fino a € 110,00 giornaliere per un massimo di 60 giorni dalla dimissione dall'Istituto di Cura**.

c) in caso di parto non cesareo o di aborto indennizzabile:

- le sole spese di ricovero **fino alla concorrenza, per ciascun evento, dell'importo indennizzabile ai sensi dell'art. 3 lett. D.a) e C.a)**.

d) in caso di spese ostetriche ed infermieristiche:

- le spese **fino alla concorrenza, per ciascun evento, di € 5.200,00 con lo scoperto del 30% ed il minimo di € 2.500,00**.

e) in caso di parto cesareo:

- le sole spese di ricovero **fino alla concorrenza, per ciascun evento, dell'importo indennizzabile ai sensi dell'art. 15 lett. C) II**.

#### **4.5 - Prestazioni accessorie**

FAB rimborsa inoltre:

a) le spese di trasporto:

- in ambulanza per il ricovero in Istituto di Cura o il trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro fino **alla concorrenza di € 520,00 per periodo di copertura**;
- qualora l'emergenza richieda l'intervento di aereo-eliambulanza il predetto **limite di rimborso è elevato a € 2.600,00**;
- qualora il ricovero avvenga all'estero (mentre l'Assistito è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell'intervento o per l'alta specializzazione richiesta dallo stesso), **il predetto limite è elevato a € 1.600,00** e comprende anche le spese di viaggio in treno o aereo di linea, anche sostenute da un accompagnatore.

b) le spese per vitto e pernottamento in Istituto di Cura di un accompagnatore, **fino alla concorrenza di € 60,00 giornaliere per un massimo di 20 giorni; qualora la struttura sanitaria non sia attrezzata ad ospitare l'accompagnatore il rimborso riguarda le sole spese di pernottamento in albergo**.

c) le spese per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero in conseguenza di ricovero indennizzabile a termini di copertura, **fino a € 2.100,00**.

#### **4.6 – Indennità sostitutiva del rimborso – rimborso delle spese inerenti il ricovero**

Qualora le spese di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, FAB corrisponde, in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte, dal presente articolo, ai punti 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 lett. a), c) ed e) e 4.5, la diaria indicata alla lettera E), dell'Art. 3 - Garanzie e massimali, per ciascun pernottamento in istituto di cura, **con il massimo di 100 pernottamenti per periodo di copertura**, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

In caso di day hospital/day surgery la diaria viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna, **con il massimo di 100 giorni per periodo di copertura.**

Nel caso in cui le spese inerenti i punti 4.1, 4.3, 4.4, e 4.5, dell'Art. 4 – Prestazioni, fossero superiori all'importo dell'indennità di cui sopra, la Centrale Operativa provvederà al rimborso delle citate spese al netto dello scoperto e/o franchigia eventualmente previsti.

## **5. Limiti di età**

La copertura é operante per le persone di età non superiore a 75 anni. È comunque consentito ai componenti del Nucleo familiare continuare a beneficiare delle prestazioni rese dal Fondo, anche qualora il Socio Beneficiario perdesse tale qualifica, mediante l'assunzione da parte di uno dei componenti del nucleo familiare della qualifica di Socio Beneficiario.

Tuttavia per le persone che raggiungano tale età in corso di copertura, la stessa mantiene la sua validità fino alla scadenza del periodo di adesione in corso. L'eventuale incasso dei canoni al Fondo dopo il compimento dell'età suddetta, non costituirà motivo di validità della copertura.

## **6. Esclusioni**

La copertura non comprende le spese per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori all'adesione;
- b) l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della copertura. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia a decorrere dal termine dell'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma;
- c) infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- d) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
- e) gli infortuni derivanti da sports aerei o da partecipazione a corse/gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- f) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
- g) gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- h) l'aborto volontario non terapeutico;
- i) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche;
- j) gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- k) le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie, ortodontiche e delle paradontopatie, salvo quanto diversamente previsto dall'Art. 3 – Garanzie e massimali;
- l) l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto diversamente previsto dal punto 4.2, dell'Art. 4 – Prestazioni;
- m) le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
- n) le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- p) le conseguenze di guerra, insurrezione, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- q) le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
- r) le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- s) le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS).

## 7. Termini di aspettativa

### 7.1 La copertura decorre:

- per gli infortuni dal momento in cui ha effetto l'adesione;
- per le malattie dal **150° giorno successivo** al momento in cui ha effetto l'adesione;
- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal **300° giorno successivo** al momento in cui ha effetto l'adesione.
- per l'aborto terapeutico o spontaneo post-traumatico, **la copertura è operante – dal momento in cui ha effetto l'adesione – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'adesione stessa.**

**I sopraindicati termini di aspettativa hanno valenza anche per tutto quanto normato e previsto al precedente art.4 – Prestazioni.**

### 7.2 Qualora la copertura sia stata emessa in sostituzione di altra, senza soluzione di continuità, riguardante gli stessi Assistiti, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- **dal giorno in cui aveva avuto effetto l'adesione sostituita, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima previsti ;**
- **dal giorno in cui ha efficacia la presente adesione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.**

### 7.3 Qualora la copertura sia stata emessa in sostituzione di altra, senza soluzione di continuità, riguardante anche l'inserimento e/o modifica di nuovi Assistiti, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- **dal giorno in cui aveva avuto effetto l'adesione sostituita, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima previsti ;**
- **dal giorno in cui ha efficacia la presente adesione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.**
- **per la presente adesione, limitatamente ai nuovi Assistiti inseriti e/o modificati aventi diritto, ha effetto quanto riportato al precedente art. 7.1.**

### 7.4 Qualora la copertura costituisca il rinnovo della stessa con FAB, senza soluzione di continuità, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- **dal giorno in cui ha avuto o avrebbe avuto effetto l'adesione rinnovata, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima previsti, relativamente all'Assistito originario;**
- **dal giorno in cui ha efficacia la presente adesione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste, relativamente all' Assistito originario;**
- **per la presente adesione, limitatamente ai nuovi Assistiti inseriti e/o modificati aventi diritto, ha effetto quanto riportato al precedente art. 7.1.**

Rimane altresì stabilito che se al rinnovo o alla sostituzione della presente adesione, senza soluzione di continuità, l'Assistito, nel precedente periodo di copertura, **perde la qualifica di Socio di FAB ed un altro componente del suo nucleo familiare diviene Titolare della Carta della Salute**, i termini di aspettativa di cui al presente articolo operano per gli stessi Assistiti del Nucleo Familiare:

- **dal giorno in cui aveva avuto effetto l'adesione prevista dall'adesione rinnovata o sostituita, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima previsti;**
- **dal giorno in cui ha effetto l'adesione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni previste dall'adesione rinnovata o sostituita.**

**Nel caso di adesione rinnovata o sostituita, senza soluzione di continuità, per la quale sono previsti periodi di aspettativa, limitatamente alle eventuali maggiori somme o diverse prestazioni, è pattuito che i figli legittimi nati nel “periodo di aspettativa di 150 giorni per le malattie” sono soggetti al periodo di carenza della mamma. Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso della presente adesione.**

## 8. Attivazione delle prestazioni

L'evento oggetto di copertura deve essere denunciato dall'Assistito o dai suoi aventi diritto a FAB non appena ne abbiano la possibilità.

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

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

### **Pagamento diretto**

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

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo. Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

### **Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito**

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

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere;
- 3) relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- 4) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio. In caso di cure dentarie da infortunio (se previste dall'opzione) le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);
- 5) certificato del medico oculista attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta), intendendosi comunque escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari. Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46 e la copia delle bustine delle lenti acquistate.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni oggetto di copertura devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni oggetto di copertura, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

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

## **Utilizzo della Card (RBM Salute-Previmedical)**

L'assistito qualora intenda utilizzare anche a rimborso una struttura convenzionata con Previmedical avrà in ogni caso l'obbligo di farsi identificare – mostrando la card RBM Salute-Previmedical – al fine di ottenere l'applicazione del Tariffario CARD convenzionato con la struttura. Sull'importo della fattura della struttura saranno comunque applicati scoperti e franchigie previsti per il regime rimborsuale, tenuto conto che il Tariffario CARD è comunque meno vantaggioso del tariffario applicato al regime diretto.

## **Assistenza Mista**

In caso di utilizzo di strutture o équipe medica non convenzionate con la Centrale Operativa (assistenza "mista": per esempio pagamento diretto alla struttura convenzionata e pagamento a rimborso per le spese dell'équipe medica non convenzionata), la Centrale stessa comunicherà la presa in carico dei costi esclusivamente per la parte in convenzione, mentre il costo delle strutture/équipe medica non convenzionate sarà sostenuto direttamente dall'Assistito, il quale potrà richiederne il rimborso secondo quanto previsto dal presente Disciplinare;

La Centrale Operativa effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini del presente Disciplinare secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi, relativa alla Centrale Operativa utilizzata, con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

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

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito [www.fondoassistenzaebenessere.it](http://www.fondoassistenzaebenessere.it)

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicata nel *Documento Informativo*.



Allegato I

## **ELENCO GRANDI INTERVENTI**

---

### **CHIRURGIA GENERALE**

#### **COLLO**

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

#### **ESOFAGO**

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

#### **TORACE**

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

#### **PERITONEO**

Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

#### **STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE**

Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica;  
Gastrectomia totale con linfadenectomia;  
Interventi di riconversione per dumping syndrome;  
Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias;  
Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias;  
Resezione intestinale per via laparoscopica.

### **COLON - RETTO**

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

### **FEGATO E VIE BILIARI**

Resezioni epatiche maggiori e minori;  
Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale;  
Colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria;  
Anastomosi bilio- digestive;  
Reinterventi sulle vie biliari;  
Chirurgia dell'ipertensione portale  
a) interventi di derivazione  
- anastomosi porto- cava;  
- anastomosi spleno- renale;  
- anastomosi mesenterico- cava;  
b) interventi di devascularizzazione  
- legatura delle varici per via toracica e/o addominale;  
- transezione esofagea per via toracica;  
- transezione esofagea per via addominale;  
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale;  
- transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago- gastrica.

### **PANCREAS – MILZA - SURRENE**

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

### **CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE**

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

### **CARDIOCHIRURGIA**

Ablazione transcateretere;

Angioplastica coronarica;  
By-pass aorto-coronarico;  
Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia;  
Commissurotomia per stenosi mitralica;  
Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci;  
Pericardiectomia totale;  
Resezione cardiaca;  
Sostituzione valvolare con protesi;  
Sutura del cuore per ferite;  
Valvuloplastica.

### **NEUROCHIRURGIA**

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

### **CHIRURGIA VASCOLARE**

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

### **CHIRURGIA PEDIATRICA**

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

### **CHIRURGIA ORTOPEDICA**

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

### **CHIRURGIA UROLOGICA**

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

### **CHIRURGIA GINECOLOGICA**

Vulvectomia allargata con linfadenectomia;  
Creazione di vagina artificiale;  
Exenteratio pelvica;  
Isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia;  
Isterectomia radicale per via vaginale;  
Interventi sulle tube in microchirurgia;  
Laparotomia per ferite o rotture uterine;

Isterectomia per via laparoscopica.

### **CHIRURGIA OCULISTICA**

Vitrectomia anteriore e posteriore;  
Trapianto corneale a tutto spessore;  
Iridocicloretrazione;  
Trabeculectomia;  
Cerchiaggio per distacco di retina.

### **CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA**

Parotidectomia con conservazione del facciale;  
Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento;  
Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare;  
Asportazione tumori parafaringei;  
Svuotamento funzionale o demolitivo del collo;  
Chirurgia dell'otite colesteatomatosa;  
Neurectomia vestibolare;  
Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico;  
Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico;  
Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare;  
Petrosectomia;  
Laringectomia sopraglottica o subtotale;  
Laringectomie parziali verticali;  
Laringectomia e faringolaringectomia totale;  
Exeresi fibrangioma rinofaringeo;  
Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne.

### **Si considerano "GRANDI INTERVENTI" anche:**

- il trapianto e l'espanto di organi
- ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).

Allegato II

## **GRAVI PATOLOGIE**

---

### **INFARTO DEL MIOCARDIO**

Morte di una porzione di muscolo cardiaco; in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

- a) ripetuti dolori al torace
- b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto
- c) aumento degli enzimi cardiaci

### **CORONAROPATIA**

Malattia determinata dal restringimento o dal blocco di due o più arterie coronariche quando sia risolvibile con tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia.

### **ICTUS CEREBRALE**

Accidente cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implica morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenziata da deficienza neurologica permanente, T.A.C., o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

### **CANCRO**

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.), ed il cancro della pelle che non sia il melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

**RIEPILOGO INFORMATIVO DELLE PRESTAZIONI, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI**

PRESTAZIONI (sintesi)	CONDIZIONI	
	MASSIMALI	LIMITI/ FRANCHIGIE / SCOPERTI
RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI (come da Allegato I)	€ 260.000,00 per periodo di copertura e per nucleo	Varie a seconda dell'utilizzo dei convenzionamenti
RICOVERO PER GRAVI PATOLOGIE (come da Allegato II)	€ 260.000,00 per periodo di copertura e per nucleo	Varie a seconda dell'utilizzo dei convenzionamenti
RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO (diverso di Grandi Interventi – Allegato I)	€ 260.000,00 per periodo di copertura e per nucleo	Varie a seconda dell'utilizzo dei convenzionamenti
PARTO CESAREO	Massimo € 5.200 per evento	Varie a seconda dell'utilizzo dei convenzionamenti
ABORTO TERAPEUTICO O SPONTANEO O POST-TRAUMATICO	Massimo € 2.100 per evento	Varie a seconda dell'utilizzo dei convenzionamenti
RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	€ 260.000,00 per periodo di copertura e per nucleo	Varie a seconda dell'utilizzo dei convenzionamenti
LE SPESE SOSTENUTE NEI: - 90 GG PRECEDENTI IL RICOVERO - 120 GG SUCCESSIVI AL RICOVERO - 180 GG PER MALATTIE ONCOLOGICHE	All'interno del massimale per ricovero	
INDENNITA SOSTITUTIVA	€ 130,00 per ogni pernottamento in Istituto di cura con il massimo di 100 giorni. € 130,00 per ogni giorno di ricovero – intervento effettuato in day hospital / day surgery. Massimo € 260.000,00 per periodo di copertura e per nucleo	
TRAPIANTO DI ORGANI	€ 260.000,00 per periodo di copertura e per nucleo	Varie a seconda dell'utilizzo dei convenzionamenti
RICOVERO DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE	€ 110,00 per giorno	massimo 60 giorni
SPESE DI TRASPORTO – AMBULANZA	€ 520,00 per periodo di copertura	
SPESE DI TRASPORTO – AREO-ELI AMBULANZA	€ 2.600,00 per periodo di copertura	

SPESE DI TRASPORTO – ESTERO + ACCOMPAGNATORE	€ 1.600,00 per periodo di copertura	
SPESE PER VITTO E PERNOTTAMENTO IN ISTITUTO DI CURA DI UN ACCOMPAGNATORE	€ 60,00 per giorno	massimo 20 giorni
SPESE PER RIMPATRIO DELLA SALMA	€ 2.100,00	
SOTTOLIMITE PER RICOVERI IN CENTRI NON CONVENZIONATI E/O MEDICI NON CONVENZIONATI	€ 100.000,00	Varie a seconda dell'utilizzo dei convenzionamenti
ESPOSIZIONE MAX DELLA SOCIETA PER PERIODO DI COPERTURA NUCLEO INDIPENDENTE DEL NUMERO DEGLI EVENTI	€ 260.000,00 per periodo di copertura e per nucleo	