

## NOMENCLATORE “B”

### PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLE GARANZIE BASE A

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

#### A. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

L'adesione al presente piano sanitario prevede l'estensione:

- ai Nuclei familiari degli Assistiti Titolari del Piano Sanitario Base “A”, per quanto riguarda le Garanzie del Piano Sanitario Base “A” ;
- agli Assistiti Titolari del Piano Sanitario Base “A” e relativi Nuclei familiari per quanto riguarda le garanzie di seguito indicate.

**Si precisa che per Nucleo familiare si intende:**

- il capo nucleo/Titolare del Piano Sanitario
- il coniuge non legalmente separato;
- il convivente more uxorio, tale indipendentemente dal genere;
- i figli conviventi;
- i figli non conviventi purché inabili a proficuo lavoro o studenti;
- i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria.

A comprova del proprio nucleo familiare l'iscritto dovrà produrre certificato di stato di famiglia o di residenza, ovvero autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.

#### B. GARANZIE RICOVERO ED EXTRAOSPEDALIERE

##### B.1 Ambito di Applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo punto B.6 “Prestazioni sanitarie ” della presente sezione, è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell' Assistito;

- senza limiti di età;
- senza limitazioni territoriali;
- senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni anche nel caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi anche cronici e recidivanti preesistenti alla data di attivazione del presente contratto. Sono, altresì, ricompresi gli interventi di ricostruzione dipendenti da interventi chirurgici demolitivi, provocati esclusivamente da patologie e/o infortuni, anche se detti interventi demolitivi siano stati effettuati precedentemente all'attivazione dell'assistenza. Tali spese verranno rimborsate dalla Cassa nel rispetto di quanto disposto dal presente Piano Sanitario.

### **B.2 – Massimali – Limiti di Assistenza**

Le prestazioni di cui al presente Piano Sanitario sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di **€ 200.000,00** fermo restando quanto disposto dal successivo punto B.4 “Prestazioni Sanitarie garantite” della presente sezione, ove, per “limite di assistenza per nucleo”, si intende la disponibilità massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale, da intendersi un sottomassimale annuale per nucleo del massimale indicato al punto A.3 “Massimale” del Piano Sanitario Base “A”.

### **B.3 – Scoperto**

La copertura delle spese di cui al successivo punto B.4 “Prestazioni Sanitarie garantite” prevede:

B.3.1 In caso di prestazioni effettuate in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati con applicazione di uno scoperto del **10%**.

Parimenti saranno soggette a scoperto del **10%** le spese relative alle prestazioni effettuate (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) in assistenza diretta nel pre e post ricovero fermi restando gli specifici limiti temporali.

B.3.2 In caso di prestazioni effettuate in assistenza indiretta, vale a dire in strutture sanitarie private o con personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al **20%** con il minimo di **€ 1.500,00** per sinistro a carico dell'Assistito; nel caso di Assistiti pensionati verrà applicato uno scoperto pari al **20%** con un minimo di **€ 3.000,00** per sinistro a carico dell'Assistito. Per le prestazioni effettuate (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) in assistenza indiretta nel pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali – è invece previsto il rimborso delle spese con uno scoperto del **20%** senza minimo entro il massimale annuo di **€ 3.000,00**, salvo che per i ticket che verranno comunque rimborsati al **100%**.

Per gli interventi chirurgici effettuati in regime di Day Hospital o ambulatorialmente in assistenza indiretta lo scoperto applicato è del **35%** senza applicazione del minimo (nel caso di Assistiti pensionati

lo scoperto applicato è del **30%** senza applicazione del minimo).

In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

## **B.4 – Prestazioni Sanitarie garantite**

### **B.4.1 Prestazioni connesse a ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e parto rese necessarie da infortunio e malattia che risultino in garanzia secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario.**

La Cassa rimborsa:

#### **1. In caso di intervento chirurgico, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital**

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivo e necessario all'intervento;
- b) spese relative all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito), l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami effettuati durante il ricovero relativo all'intervento subito;
- c) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;
- d) rette di degenza;
- e) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei **90gg.** precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'acquisto e/o il noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche) effettuate nei **120gg.** successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- f) spese per il prelievo di organi o parte di essi comprese quelle per il trasporto dell'organo, durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, sono comprese le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza;
- g) rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di **€ 100** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni;

- h) trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di € **3.000** per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed € **6.000** per ricoveri nel resto del mondo;
- i) spese per il rimpatrio della salma, in caso di decesso avvenuto all'estero conseguente ad un ricovero con intervento chirurgico, con il limite di € **5.000,00**; in caso di decesso in Italia il trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza dell'Assistito con il limite di € **2.000,00**.
- j) sono convenzionalmente assimilate a prestazioni in day hospital le prestazioni di somministrazione terapeutica di sostanze farmacologiche in organo o apparati (ad esempio iniezioni endoculari o intravireali, somministrazione di farmaci per terapie anti-tumorali, fattori di crescita intra-articolari). Il costo dei farmaci è indennizzato esclusivamente per farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Nazionale ed esclusivamente per la quota esclusa dal SSN. Sono escluse le terapie sclerosanti, le iniezioni endoarticolari (tipo "infiltrazioni") che sono da ricondursi (ove previste a scopo terapeutico) quali prestazioni complementari di visite specialistiche.

**2. In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico o in caso di Day Hospital nonché a seguito di malattia oncologica o di lungo degenza correlata a patologie che impongono la prestazione di cure erogabili esclusivamente in ambiente ospedaliero (ritenendosi per tali le strutture di diagnosi e cura, con esclusione, quindi, delle strutture residenziali, quali ad esempio case di riposo)**

- a) Retta di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- c) accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei **90 gg.** precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'assistenza infermieristica per le patologie di cui all'allegato elenco dei grandi eventi morbosi) effettuate nei **120gg.** successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal ricovero stesso;
- d) per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di € **100** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni;
- e) per trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di € **3.000** per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed € **6.000** per ricoveri nel resto del mondo;
- f) in caso di i ricoveri dovuti a lungo degenza la Cassa non rimborserà somma maggiore di € **10.330,00** anno/nucleo con il limite di **120gg** anno/nucleo;
- g) spese per il rimpatrio della salma, in caso di decesso avvenuto all'estero conseguente ad un ricovero o Day Hospital senza intervento, con il limite di € **5.000,00**; in caso di decesso in Italia il trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza dell'Assistito con il limite di € **2.000,00**;
- h) il Day Hospital a scopo preventivo non è previsto. Per il rimborso di visite specialistiche, di analisi cliniche e di esami strumentali a scopo preventivo si rinvia all'apposita garanzia.

### 3. Parto spontaneo e cesareo

In caso di parto spontaneo o cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata è previsto la copertura massima omnicomprensiva di **€ 2.000,00** per evento senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

#### ***B.4.2 Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica***

La Cassa, nei limiti del massimale di **€ 15.000,00** anno/nucleo, in caso di malattia o infortunio secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario, anche in assenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica e/o il quesito diagnostico, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

- Agobiopsia
- Ecocolordoppler
- Amniocentesi
- Angiografia
- Artrografia
- Biopsia In Scopia
- Broncografia
- Cateterismo Cardiaco
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma Opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia Intravenosa
- Colangiografia Percutanea (Ptc)
- Colangiografia Trans Kehr
- Colecistografia
- Coronarografia
- Crioterapia
- Dacriocistografia
- Defecografia

- Discografia
- Dialisi
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecodoppler
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Endoscopia A Scopo Diagnostico O Terapeutico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Holter
- Isterosalpingografia
- Laserterapia A Scopo Fisioterapico
- Linfografia
- Mammografia
- Mammotome
- Mielografia
- Pet
- Pneumoencefalografia
- Polipectomia
- Radioterapia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare (Rmn)
- Rx Esofago Con Mezzo Di Contrasto
- Rx Stomaco E Duodeno Con Mezzo Di Contrasto
- Rx Tenue E Colon Con Mezzo Di Contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia

- Tomografia Torace, Tomografia In Genere
- Tomografia Logge Renali, Tomoxerografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (Tac) Anche Virtuale
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Villocentesi
- Wirsunggrafia

Il pagamento delle predette prestazioni avverrà con l'applicazione delle seguenti franchigie e scoperti:

**se eseguiti presso strutture convenzionate:**

- pagamento diretto con una franchigia di € 50,00 per prestazione a carico dell'Assistito;

**se eseguite presso strutture non convenzionate:**

- rimborso con una franchigia di € 100,00 per prestazione a carico dell'Assistito

**Il rimborso di eventuali ticket avrà luogo senza applicazione di franchigie e scoperti.**

***C. Visite specialistiche – diagnostica corrente - prestazioni terapeutiche e fisioterapiche***

La Cassa, nei limiti del massimale annuo di € 5.000,00 anno/nucleo, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

- Onorari medici per visite specialistiche, comprensivi di test ed esami effettuati contestualmente alla visita stessa, con esclusione di quelle odontoiatriche, ortodontiche;
- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- Prestazioni terapeutiche e fisioterapiche con esclusione dell'agopuntura.

Il pagamento delle predette prestazioni avverrà con l'applicazione delle seguenti franchigie e scoperti:

**se eseguiti presso strutture convenzionate:**

- pagamento diretto con una franchigia di € 50,00 per prestazione a carico dell'Assistito;

**se eseguite presso strutture non convenzionate:**

- rimborso con una franchigia di € 100,00 per prestazione a carico dell'Assistito

**Il rimborso di eventuali ticket avrà luogo senza applicazione di franchigie e scoperti.**

***D. Protesi***

Previa presentazione della prescrizione medica attestante la patologia, la Cassa rimborsa, con il limite di

€ 2.070,00 anno/nucleo, le spese per acquisto, noleggio e riparazione di protesi ortopediche, apparecchi acustici.

Per i soli pensionati si intendono rientranti in garanzia anche gli ausili medici, ortopedici ed acustici.

Le spese sopra indicate vengono rimborsate con uno scoperto del **20%**.

### ***E. Medicina Preventiva***

La Cassa rimborsa, o prende in carico anche in assenza di prescrizione medica, con il limite di **€ 500,00** per anno/nucleo le spese per:

- Uomini: visite urologiche, ecografie addome in toto e/o transrettale, esami citologici delle urine, accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografie delle vie urinarie;
- Donne: visite ginecologiche, effettuazione del PAP-test, mammografie e/o ecografie mammarie con visita senologica, ecografia addome e/o transvaginale, moc.

Per entrambi i sessi, radiografia toracica, colonscopia e visita cardiologia con ecg a riposo e/o da sforzo.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

### **B.5 - Garanzie escluse dal Piano Sanitario**

Il Piano Sanitario non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione, inoltre, non opera in caso di manifestazioni morbose derivante e/o connesse alla malformazione o difetto fisico preesistente;
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come definito dal presente piano sanitario; tale esclusione, altresì, non opera limitatamente alla garanzia per non autosufficienza ove la malattia mentale o il disturbo psichico di cui sopra comporti un'invalidità civile;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assistito attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;

- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche; Non rientrano in detta categoria e saranno pertanto garantiti, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva anche se conseguenti a precedenti interventi demolitivi, indennizzabili secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario, ivi incluso il costo delle protesi applicate e/o sostituite e gli interventi di simmetrizzazione della mammella contro laterale a seguito di interventi demolitivi, nonché gli interventi di chirurgia stomatologica dovuti a conseguenza diretta di infortunio indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario.
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.).
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario;
- j) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario;
- k) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- l) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

## **B.6 - Garanzie accessorie (valide per tutti gli Assistiti).**

### **B.6.1. Servizi di informazione**

La Cassa mette a disposizione una struttura dedicata tramite la quale è possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata, richiedere informazioni relative agli istituti e ai medici convenzionati ed ottenere chiarimenti sulla portata delle garanzie del presente Piano Sanitario.

Per la prestazione dei servizi di cui sopra, la Cassa metterà a disposizione un numero verde dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00.

### **B.6.2. Prestazioni di assistenza**

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti attraverso la Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

#### ***a) Rientro dal ricovero di primo soccorso***

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

#### ***b) Informazioni telefoniche (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00)***

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

## All'estero

### ***c) Viaggio di un familiare all'estero***

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assistito necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

### ***d) Pareri medici***

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'Assistito, al quale l'Assistito potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Assistito).

### ***e) Informazioni sulla degenza***

Qualora l'Assistito, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Assistito, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

### ***f) Trasmissione messaggio urgenti***

Qualora l'Assistito in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.