

NOMENCLATORE “B” - PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLE GARANZIE BASE A

DECORRENZA 01/11/2016 – 31/10/2019

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 sanitaria nel rispetto di quanto disposto dal presente Piano Sanitario.

B.2 – Limite di Assistenza

Le prestazioni del 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.

B.3 – Scoperto

La copertura delle spese di cui al successivo punto B.4 "Prestazioni Sanitarie garantite" avviene con le seguenti modalità:

B.3.1 In caso di prestazioni effettuate in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Cassa sanitaria alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di scoperto.

Parimenti sono soggette a scoperto del **10%** le spese relative alle prestazioni effettuate in assistenza diretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera e) dell'art. B.4.1 e lett. c) dell'art. B.4.2), fermi restando gli specifici limiti temporali.

Sono, infine, rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo B.4.1 e B.4.2 che prevedono specifici sottolimiti.

B.3.2 In caso di prestazioni effettuate in assistenza indiretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) o con personale medico non convenzionati, le spese sostenute dall'Assistito sono rimborsate con uno scoperto pari al **10% senza minimo** per sinistro a carico dell'Assistito; nel

caso di assistiti titolari di pensione viene applicato uno scoperto pari al **10% senza minimo** per sinistro a carico dell'Assistito.

B.3.3 Le prestazioni effettuate in assistenza indiretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera e) dell'art. B.4.1 e lett. c) dell'art. B.4.2), fermi restando gli specifici limiti temporali, sono rimborsate con uno scoperto del **10%** senza minimo entro il massimale annuo autonomo di **€ 5.000.000,00** salvo che per i ticket che vengono comunque rimborsati al 100%.

Sono, infine, rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo B.4.1 e B.4.2 che prevedono specifici sottolimiti.

B.3.4 In caso di intervento chirurgico effettuato in regime di Day Hospital o ambulatorialmente in assistenza indiretta viene applicato lo scoperto del 30% senza applicazione del minimo (nel caso di assistiti titolari di pensione lo scoperto applicato è del 35% senza applicazione del minimo).

B.3.5 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 sono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

NB: In caso di prestazioni miste, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) convenzionate e personale medico non convenzionato, le spese della struttura convenzionata saranno a carico della Società e verranno liquidate con le eventuali franchigie previste in regime di convenzione. Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a carico dell'Assicurato e verranno liquidate con le modalità previste dalla forma rimborsuale.

B.4 – Prestazioni Sanitarie garantite

B.4.1, B.4.2 e B.4.3 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 sanitaria 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, 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 **90 gg.** precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche 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 **120 gg.** 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 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 **120 gg.** 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 sanitaria 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 omnicomprendente di **€ 2.000,00** per evento senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

B.4.4 Visite specialistiche – diagnostica corrente - prestazioni terapiche e fisioterapiche

La Cassa sanitaria, 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 terapiche e fisioterapiche con l'esclusione dell'agopuntura.

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

scoperti:

se eseguiti in assistenza diretta:

- Assistito in attività: nessuna franchigia a suo carico;
- Assistito titolare di pensione: applicazione di una franchigia a suo carico di **€ 50,00** per ogni prestazione o ciclo di terapia;

se eseguite in assistenza indiretta:

- Assistito in attività o titolare di pensione: rimborso con franchigia a suo carico di **€ 100,00** per ogni prestazione o ciclo di terapia

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

B.4.5 Protesi

Previa presentazione della prescrizione medica attestante la patologia, la Cassa sanitaria 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 titolari di pensione si intendono rientranti in garanzia anche gli ausili medici, ortopedici ed acustici.

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

B.4.6 Cure odontoiatriche

La Cassa sanitaria rimborsa le prestazioni di seguito elencate esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.

1) Prestazioni di Implantologia

La garanzia opera nel caso di applicazione di uno o più impianti, senza alcuna limitazione dell'entità della liquidazione anche nel caso di effettuazione di più impianti da parte dell'Assistito.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all' Assistito vengono liquidate in misura integrale

direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta, lasciando a carico dell'Assistito esclusivamente una franchigia fissa di €800,00 per ciascun impianto.

2) Avulsione (estrazione denti anche al di fuori di prestazione di implantologia)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), effettuate anche al di fuori delle prestazioni di implantologia, senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'effettuazione della prestazione.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta al netto una franchigia fissa di € 35,00 per ciascuna estrazione semplice e franchigia fissa di € 120,00 per ciascuna estrazione complessa.

3) Altre cure dentarie

CONSERVATIVA

prestazione	franchigia a carico dell'Assistito
Sigillatura (per ogni dente)	€ 25,00
Cavità di 5 ^a classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 1 ^a classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 2 ^a classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 3 ^a classe di BLACK	€ 80,00
Cavità di 4 ^a classe di BLACK	€ 80,00
Incappucciamento della polpa	€ 37,00
Intarsio L.P. – Inlay od onlay	€ 250,00
Intarsio in ceramica	€ 300,00
Intarsio in composito	€ 200,00
Ricostruzione di angoli	€ 70,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 125,00
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	€ 70,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 80,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 130,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 175,50

Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 270,00
Ritrattamento monocanalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 100,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 150,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 195,50
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 290,00
CHIRURGIA (prestazione – franchigia a carico dell'assistito)	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 73,00
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 155,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	€ 100,00
Asportazione cisti mascellari	€ 259,00
Asportazione di epulide	€ 93,00
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	€ 130,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc.	€ 207,00
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 181,00
Frenulotomia o frenulectomia	€ 37,00
Biopsie (qualunque numero)	€ 52,00
PROTESICA (prestazione – franchigia a carico dell'assistito)	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 225,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 110,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 850,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 250,00
Gancio su scheletrato	€ 40,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 150,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi – per arcata)	€ 800,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 60,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 395,50
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 500,00

Corona protesica in ceramica integrale	€ 600,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 50,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 135,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 60,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 55,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 160,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 340,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 189,00
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 350,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 55,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 35,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	€ 70,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 20,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 50,00

ORTOGNATODONZIA (prestazione – franchigia a carico dell'assistito)

Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno	€ 1.000,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno	€ 690,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 70,00
Bite notturno	€ 250,00

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA (prestazione – franchigia a carico dell'assistito)

Levigatura delle radici e/o courettage gengivale	€ 45,00
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 25,00
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€ 25,00
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	€ 20,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti)	€ 120,00
Placca di svincolo	€ 217,00
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	€ 52,00
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	€ 175,00
Gengivectomia per dente	€ 50,00

Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 186,00
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 259,00
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	€ 100,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante	€ 326,00
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 388,00
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	€ 434,00
Lembo gengivale semplice	€ 200,00
Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	€ 260,00

DIAGNOSTICA (prestazione – franchigia a carico dell'assistito)

Radiografia endorale (ogni due elementi)	€ 16,00
Radiografia endorale per arcate	€ 42,00
Bite wings	€ 20,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	€ 11,00
Ortopantomografia od ortopanoramica	€ 30,00
Teleradiografia	€ 42,00
Dentalscan 1 arcata	€ 181,00
Dentalscan 2 arcate	€ 259,00
Esame elettromiografico	€ 180,00
Esame Kinesiografico	€ 200,00

4) Prevenzione Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assistito, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

5) **Pacchetto Emergenza Odontoiatrica**

La Società provvede al pagamento, massimo una volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio. L'Assistito, previo invio del certificato di pronto soccorso, potrà avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza applicazione di alcuna franchigia a carico dell'Assistito.

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 derivanti 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 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;
- j) 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;
- k) 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 sanitaria 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 sanitaria 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 quest'ultimo 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.

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.