

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

POLIZZA N.	2022/05/3037288
CONTRAENTE	FONDO BILATERALE DI ASSISTENZA SANITARIA SAN.AR.COM
CODICE FISCALE	97981940584
DOMICILIO	Via Ludovisi 36 - ROMA
ASSOCIATO	Aziende Associate al Fondo SAN.AR.COM

PIANO SANITARIO PER I DIPENDENTI

DURATA DELL'ASSICURAZIONE	dalle ore 24:00 del 30/09/2024 alle ore 24:00 del 30/09/2026
---------------------------	---

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistenza infermieristica

L'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Associato

Aziende Associate al Fondo SAN.AR.COM.

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Broker

Intermediario di assicurazione.

Cassa/Fondo

Fondo Bilaterale di Assistenza Sanitaria SAN.AR.COM - C.F. 97981940584 - soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Centro Medico

Struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

Certificato di assicurazione

Il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente, i soggetti assicurati, etc.).

Chirurgia Bariatrica

Detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente

Fondo Bilaterale di Assistenza Sanitaria SAN.AR.COM, Via Ludovisi 36, Roma - il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Convenzione

La disciplina che regola i rapporti tra il Contraente, l'Associato e la Società.

Day Hospital

Degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Evento/Data Evento

Prestazioni Ospedaliere - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie).

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

Prestazioni Extraospedaliere - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Prestazioni Fisioterapiche – la prestazione. La data evento è quella in cui è eseguita la prestazione relativa allo specifico evento.

Prestazioni Odontoiatriche – la prestazione. La data evento è quella in cui è eseguita la prestazione relativa allo specifico evento.

Franchigia

La parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Indennità sostitutiva

Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento ambulatoriale

Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico

Intervento Chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intervento Chirurgico concomitante

Qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

Intramoenia

Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di 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) che 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

Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodenze (RSA).

Lungodegenza

Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa)

Modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto, consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

Malattia

Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale

Tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Malformazione

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

Massimale

La spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Medicina Alternativa o Complementare

Le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omtossicologia, osteopatia, chiropratica.

Network

Rete convenzionata di Blue Assistance., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Nucleo familiare

Il coniuge o il convivente *more uxorio*, i figli minorenni, figli fiscalmente a carico fino all'età di anni 26, tutti risultanti dallo stato di famiglia.

Optometrista

Professionista sanitario, non medico, laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi e/o soggettivi strumentali lo stato refrattivo del soggetto, al fine di determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica al soggetto.

Polizza

I documenti che descrivono e provano l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni miste

Prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network Blue Assistance, ma da professionisti non convenzionati

Protesi acustica (Apparecchio acustico)

È un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi ortopediche

Sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortesi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Reclamo

Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Società o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Regime di assistenza diretta

L'accesso, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assicurato, al netto di eventuali somme che rimangono a suo carico, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

Regime misto

L'accesso, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, ad Istituti di cura convenzionati appartenenti al Network ricevendo prestazioni mediche eseguite da medici non convenzionati.

Regime rimborsuale

Il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e non rientranti nell'ambito del Network, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero Improprio

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

Rimborso/Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Scoperto

La parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Sport/Gare Professionistico/Professionistiche

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Società

La Società Reale Mutua di Assicurazioni.

Sub-massimale

La spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CGA, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Test genetici prenatali non invasivi

Test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per la valutazione di aneuploidie fetali.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

Non rientrano nella definizione, e pertanto sono in ogni caso escluse dalla copertura assicurativa, tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica

La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

1.15. RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati dalle diverse opzioni del seguente Piano Sanitario il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato durante l'operatività del presente Contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio per le seguenti prestazioni (si riporta nell'Allegato n.4 una Scheda riassuntiva dei massimali/somme assicurate e/o franchigie e/o scoperti previsti per singola garanzia assicurata; gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi).

- Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati nell'Allegato n.1.
- Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri chirurgici, intendendo per tali quelli elencati nell'Allegato n.1.
- Servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizi medico-riabilitativi, noleggio di ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne.
- Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio – ricoveri medici elencati in garanzia.
- Prestazioni di diagnostica e terapia.
- Visite specialistiche.
- Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso.
- Pacchetto maternità.
- Prestazioni di implantologia.
- Avulsione (estrazione denti).
- Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione).
- Diagnostica odontoiatrica.
- Ortodonzia.
- Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione).
- Sindrome metabolica.
- Presidi e ausili medici ortopedici.
- Fisioterapia da infortunio o patologie particolari.
- Agopuntura manu medica.
- Invalidità permanente.
- Lenti e occhiali.
- Pacchetti di riabilitazione e controllo.
- Servizi di consulenza.

1.16. NORME DI LIQUIDAZIONE

Per tutte le prestazioni - ove previste franchigie e scoperti differenti in caso di prestazioni in forma diretta o forma rimborsuale - nel caso in cui l'Assistito fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance dovrà contattare la Centrale Operativa e potrà scegliere di eseguire le prestazioni in un qualsiasi centro di sua preferenza, nella sua provincia, inviando successivamente la richiesta di rimborso.

Il rimborso verrà effettuato con applicazione delle condizioni (franchigie e/scoperti) come se fosse avvenuto in assistenza diretta.

OPZIONE 1

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Assicurato venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati nell'Allegato n.1, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-Ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Intervento Chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato.

Assistenza Medica, Medicinali, Cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

Retta Di Degenza

Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero a rimborso, le spese sostenute vengono riconosciute nel limite di €300,00 al giorno.

Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a rimborso la garanzia è prestata nel limite di €50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Assistenza Infermieristica Privata Individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Post-Ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con Blue Assistance.

Per i medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali, la garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.
- Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati (regime di assistenza diretta), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società, alle strutture convenzionate, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

- In caso di ricovero in forma rimborsuale (regime rimborsuale), le spese relative alle prestazioni effettuate vengono riconosciute nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a €2.000,00 ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Il rimborso avverrà nel limite di un sotto massimale di €8.000,00 per ciascun intervento effettuato, nel massimale complessivo dell'area ricovero.
- Qualora in una struttura convenzionata, venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale medico non convenzionato (regime misto), tutte le spese relative al ricovero verranno riconosciute con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in forma rimborsuale (quindi nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a €2.000,00 e con un plafond di €8.000,00 per intervento).
- Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'Assicurato. In questo caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (lettera E).

B) Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di €1.500,00 per ricovero.

C) Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società riconosce le spese previste alle lettere A "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico" e B "Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, 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, la prestazione prevede il rimborso delle 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.

D) Neonati

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post-intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero spesi nel limite annuo di €10.000,00 per neonato.

E) Indennità sostitutiva per intervento chirurgico

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di €80,00 per ciascun giorno di ricovero per i primi 30 giorni di ricovero, 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.

Dal 31° giorno di ricovero. L'indennità viene elevata a €100,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per ricovero. Come già detto per ricovero si intende la degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

F) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri chirurgici (come da elenco)

Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero" per i ricoveri chirurgici (come da elenco) e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, la Società mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate Blue Assistance, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Assicurato.

La Società concorderà – anche per il tramite di Blue Assistance – il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture convenzionate.

G) Servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizi medico- riabilitativi, noleggio di ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne

In caso di ricovero medico-chirurgico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco degli interventi chirurgici) e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, la Società rimborsa tramite la rete di strutture convenzionate Blue Assistance le prestazioni di:

- ospedalizzazione domiciliare;
- assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica; tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Isritto; per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai 120 giorni previsti dalle coperture "post ricovero" per i casi d'intervento previsti dal piano sanitario).

La Società concorderà – anche per il tramite di Blue Assistance – il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture convenzionate

H) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio – ricoveri medici elencati in garanzia

In caso di ricovero senza intervento chirurgico avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura e limitatamente alle patologie sottoelencate, rientrano in garanzia le prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni del ricovero medico che ha determinato l'evento.

Sono compresi in copertura:

- Fibrosi cistica;
- Ictus;
- Ischemia arterie vertebrali;
- Morbo di Parkinson;
- Paralisi;
- Sclerosi Multipla;
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

La Società concorderà – anche per il tramite di Blue Assistance – il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture convenzionate nel limite anno di €5.000,00 per Assicurato.

Massimale di spesa annuo dell'area ricovero

La copertura prevede un massimale di spesa annuo che ammonta a €90.000,00 per anno associativo e per Assicurato.

Se durante l'anno tale massimale dovesse essere raggiunto, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

D) PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA

- Radiologia convenzionale (senza contrasto)
- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Mammografia bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di organo apparato
- Rx endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto

- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie
- Tomografia (Stratigrafia) di organi o apparati
- Radiologia convenzionale (con contrasto)
- Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o isterografia e/o sonosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia
- Alta diagnostica per immagini (ecografie)
- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche trans rettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore
- Ecocolordopplergrafia
- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici
- Tomografia computerizzata (tc)
- Angio tc

- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto
- Risonanza magnetica (rm)
- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto
- Pet
- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organodistretto-apparato
- Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Medicina nucleare in vivo
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Diagnostica strumentale
- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea gastrica
- Pozionali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Biopsie
- Tutte
- Endoscopie diagnostiche
- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

Si precisa che nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica, si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, la Società garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio, rimarrà a carico dell'assicurato.

- Varie
- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €6.000,00 per Assicurato

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Assicurato di € 35,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i tickets sanitari a carico dell'Assicurato senza applicazione di franchigie.

J) VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche ad eccezione di quanto previsto alla lettera T "Prestazioni Odontoiatriche particolari".

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €700,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Assicurato di € 20,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato senza applicazione di franchigie

K) TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera I "Prestazioni di diagnostica", e i ticket sanitari di pronto soccorso.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €500,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di €5,00 per ciascun ticket del quale viene chiesto il rimborso.

L) CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E DIALISI

La Società rimborsa tutte le voci di terapia, le prestazioni dell'equipe medica oncologica e ogni prestazione direttamente collegata alla somministrazione della terapia medesima (es. posizionamento cateteri) ed i farmaci.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €6.000,00 per Assicurato con sottolimito di €2.500,00 per le terapie farmacologiche.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della forma rimborsuale (prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate e non, senza attivazione della forma diretta). Il rimborso avviene senza applicazione di franchigie,

M) PACCHETTO MATERNITA'

Sono comprese nella garanzia le ecografie e le analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, l'amniocentesi, la villocentesi, la translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto, recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN.

Sono inoltre comprese le visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia, i controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica e/o iscritto all'apposito albo professionale e una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore, nel numero massimo complessivo di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a n.6 per gravidanza a rischio).

È necessario allegare un certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicazione della data dell'ultima mestruazione e la data presunta del parto; nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), la Società corrisponderà un'indennità, un'indennità di €80,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 notti. L'indennità è erogata con gli stessi criteri anche in caso di ricovero per aborto spontaneo o aborto terapeutico.

MASSIMALE

La disponibilità per la presente garanzia è di €1.000,00 per evento gravidanza (ai fini del conteggio della durata della gravidanza vengono considerate la data dell'ultima mestruazione e la data del parto).

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Nel caso in cui l'Assicurata si rivolga a strutture sanitarie o a personale convenzionato e non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Nel caso in cui l'Assicurata si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket.

N) PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di presidi, ausili medici ortopedici, sempre se appositamente prescritti:

Ortesi per piede	<i>es.: plantare, supporto calcaneare, ortesi di stabilizzazione della caviglia, ecc.</i>
Calzature ortopediche di serie	
Calzature ortopediche su misura	
Apparecchi ortopedici per artoinferiore	<i>dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto inferiore e dell'anca: non e' un dispositivo atto alla deambulazione</i>
Apparecchi ortopedici per artosuperiore	<i>Dispositive per prevenire e correggere le deformità dell'arto superiore</i>
Ortesi spinali	<i>es.: corsetto 3 punti, corsetto di declinazione, corsetto perscoliosi, a tre valve, ecc.</i>
Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio	<i>es.: ginocchiera elastica, ginocchiera elastica con foro rotuleo, dispositivi di trazione elastomerici, con cinghie di trazione, cavigliere ortopediche, elastiche, bivalva,pneumatiche, stampelle canadesi, tripodì, ecc.</i>
Carrozine	
Accessori per carrozzine	
Ausili per il sollevamento	<i>Sollevatori mobili, sollevatori a soffitto, ecc</i>

Documentazione richiesta

Per ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società:

- 1) copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e ausili ortopedici con l'indicazione della patologia che l'ha generato;
- 2) copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggiato e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare anche una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato o noleggiato.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è pari ad €3.000,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Le spese vengono rimborsate nella misura dell'80% lasciando a carico dell'Assicurato uno scoperto del 20%.

O) LENTI E OCCHIALI

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto di lenti (anche a contatto) e occhiali (escluse le montature), per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista, dall'ottico o optometrista e senza applicazione di franchigie o scoperti.

Il rimborso potrà essere concesso prima che siano trascorsi 36 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata dalla Società, nel caso in cui l'oculista certifichi una variazione di almeno 1.5 diottrie sferiche o cilindriche su un singolo occhio, per qualsiasi tipo di patologia.

In tal caso la Società concederà il rimborso sempre che siano trascorsi almeno 12 mesi dall'ultima fattura liquidata.

In nessun caso potrà essere considerato sufficiente il raggiungimento della variazione di 1.5 diottrie sommando i valori sferici e cilindrici del singolo occhio o sommando le variazioni tra occhio destro e sinistro.

Sono esclusi dal rimborso occhiali e/o lenti per finalità estetiche.

L'Assicurato può attivare il pagamento in forma diretta richiedendo la presa in carico direttamente al Centro Ottico Convenzionato. Per farlo deve accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it, consultare i Centri Ottici convenzionati, selezionare quello desiderato e scaricare il voucher da consegnare al Centro in fase di richiesta della prestazione. Sarà poi l'Ottico stesso a richiedere la presa in carico delle spese a Blue Assistance. Contestualmente occorre fornire al Centro un numero di cellulare e un indirizzo e-mail.

Blue Assistance invierà all'Assicurato, tramite e-mail, una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione con indicazione del massimale ed eventuali franchigie/scoperti previsti dalle condizioni generali di assicurazione.

In mancanza della corretta attivazione, la liquidazione in forma diretta non è operante e pertanto avverrà nella tradizionale forma a rimborso.

MASSIMALE

La disponibilità per la presente garanzia, erogabile ogni 36 mesi ed in una unica soluzione su un'unica fattura, è di €90,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso avviene senza applicazione di franchigie.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

P) Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni", la Società provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. 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.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture Convenzionate. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata. La disponibilità annua per la presente garanzia è di €3.300,00 per Assicurato. Viene previsto un sotto massimale annuo di €1.300,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sotto massimale pari a €700,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo l'applicazione di un impianto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sotto massimale di €1.300,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

REALE GROUP

TOGETHER MORE

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture Convenzionate senza applicazione di franchigie e scoperti. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Q) Avulsione (Estrazione denti)

In deroga a quanto previsto al successivo Art. "Esclusioni", la Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l'anno. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture Convenzionate.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

R) Diagnostica odontoiatrica

In deroga a quanto previsto all'Art. "Esclusioni", la Società provvede al pagamento delle seguenti spese per diagnostica odontoiatrica:

- ortopantomografia
- radiografie endorali
- dentalscan

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

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €400,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture Convenzionate con l'applicazione di una franchigia di €35,00 per prestazione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato senza applicazione di franchigie.

S) Ortodonzia

In deroga a quanto previsto all'Art. 20 "Esclusioni", la Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche entro un massimale annuo di €700,00 per Assicurato.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture Convenzionate.

PREVENZIONE**T) Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione)**

In deroga a quanto previsto all'Art. "Esclusioni", la Società provvede al pagamento nella misura del 75% 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'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

U) Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate una volta all'anno in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa. 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.

REALE GROUP**U.1) Prevenzione Cardiovascolare**Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)

- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

U.2) Prevenzione OncologicaPrestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta l'anno

- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

U.3) Sindrome metabolica

Non è prevista la fruizione degli eventuali esami previsti dalla presente garanzia all'Estero. La garanzia vale esclusivamente per l'Assicurato principale in servizio. Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area clienti" accessibile tramite username e password sul sito www.sanarcom.it.

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a. nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assicurato ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b. nel caso in cui l'Assicurato risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione etc.;
- c. nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc e si inviterà l'Assicurato a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale Operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assicurato, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in regime di assistenza diretta da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assicurato il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Si precisa che per poter effettuare le analisi sopra indicate è necessario che l'Assicurato sia in possesso della prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia.

Per effettuare gli esami sopra indicati dovrà essere trascorso almeno un periodo di 6 mesi dalla data di esecuzione degli esami utilizzati per la compilazione del Questionario.

All'atto della richiesta della presa in carico diretta, l'Assicurato dovrà fornire copia dell'esito del questionario e degli esami utilizzati per la compilazione dello stesso.

Qualora la Centrale Operativa accerti dal referto degli esami utilizzati per la compilazione del Questionario che i dati imputati non corrispondano al vero, l'Assicurato non sarà autorizzato a fruire delle prestazioni.

Poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Centrale Operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assicurato, delle prestazioni sopra indicate con cadenza semestrale, attivando la medesima procedura sopra descritta.

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle garantite dal Piano Sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative previste. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle garantite, l'Assicurato potrà avvalersi del servizio "Card" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con il Network Blue Assistance a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

Cosa occorre fare prima di compilare il questionario

Il Questionario permette all'Assicurato di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi. Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione. È importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

U.4) Prevenzione malattie respiratorie

Prestazioni previste per le donne e uomini di età superiore ai 45 anni una volta l'anno

- Visita specialistica Pneumologica

PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

V) Fisioterapia da infortunio o patologie particolari

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi nei casi di seguito indicati:

1) Infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso o di struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso redatto entro le 48 ore dall'evento traumatico, la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette dell'infortunio;

2) Particolari patologie:

- Ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti, la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia;
- Neoplasie o forme degenerative encefaliche o midollari, la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia;

• Protrusione e ernie discali certificate dal referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC). La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia; purché prescritte da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è pari ad €500,00 per Assicurato.

Il rimborso massimo rimborsabile, a seduta, è pari a quanto evidenziato nella tabella seguente.

Nel caso in cui l'assicurato si avvallesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari nei limiti del massimale di €500,00 annui.

Le aree terapeutiche di fisioterapia utilizzate nel caso di rieducazione funzionale e riabilitazione per traumatismi o patologie invalidanti ammesse a rimborso sono:

PRESTAZIONI DI ELETTROTHERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Diadinamica	€8,00
Diatermia	€8,00
Diatermoterapia	€8,00
Elettrosonoterapia	€ 8,00
Elettrostimolazioni esponenziali	€8,00
Elettroterapia	€10,00
Ionoforesi	€10,00
Terapia antalgica transcutanea	€8,00
PRESTAZIONI DI IDROTHERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Bagnoterapia	€ 13,00
Crenoterapia	€13,00
Ginnastica vascolare idrica	€ 9,00
Idrochinesiterapia	€13,00
Idrogalvanoterapia	€ 8,00
Idromassoterapia	€8,00
PRESTAZIONI DI MASSOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Drenaggio linfatico manuale	€15,00
Massaggio riflessogeno	€13,00
Massaggio strumentale	€8,00
Massaggio terapeutico tradizionale	€ 8,00
Massoterapia segmentaria per qualunque segmento	€19,00
PRESTAZIONI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE E CHINESITERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Chinesiterapia individuale (ogni tipo)	€ 23,00
Ginnastica correttiva	€11,00
Ginnastica medica (non a scopo estetico)	€ 16,00
Ginnastica propriocettiva	€8,00
Ginnastica respiratoria	€ 11,00
Ginnastica segmentaria	€11,00
Riabilitazione post-operatoria	€11,00
Riabilitazione post-traumatica	€ 11,00
Rieducazione neuromotoria	€21,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	€ 30,00
PRESTAZIONI DI VERTEBROTHERAPIA MANU MEDICA	COSTO PER SEDUTA

Correzione incruenta del disallineamento vertebrale	€18,00
Manipolazioni vertebrali	€ 21,00
Trazioni vertebrali cervicali	€ 11,00
Trazioni vertebrali lombosacrali	€11,00
Trazioni vertebrali meccaniche	€11,00
PRESTAZIONI DI SONOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Ultrasuoni a contatto	€10,00
Ultrasuoni ad immersione	€8,00
PRESTAZIONI DI TECARTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Tecarterapia	€ 26,00
PRESTAZIONI DI TERMOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Crioterapia	€7,00
Fangoterapia	€9,00
Fitoterapia	€ 6,50
Ipertermia	€31,00
Marconiterapia	€ 8,00
Paraffinoterapia	€8,00
Radarterapia	€8,00
Idrogalvanoterapia	€8,00
Idromassoterapia	€8,00
PRESTAZIONI DI MASSOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Drenaggio linfatico manuale	€15,00
Massaggio riflessogeno	€ 13,00
Massaggio strumentale	€8,00
Massaggio terapeutico tradizionale	€8,00
Massoterapia segmentaria per qualunque segmento	€19,00
PRESTAZIONI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ECHINESITERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Chinesiterapia individuale (ogni tipo)	€ 23,00
Ginnastica correttiva	€11,00
Ginnastica medica (non a scopo estetico)	€ 16,00
Ginnastica propriocettiva	€ 8,00
Ginnastica respiratoria	€ 11,00
Ginnastica segmentaria	€11,00
Riabilitazione post-operatoria	€11,00
Riabilitazione post-traumatica	€11,00
Rieducazione neuromotoria	€21,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	€ 30,00
PRESTAZIONI DI VERTEBROTERAPIA MANU MEDICA	COSTO PER SEDUTA
Correzione incruenta del disallineamento vertebrale	€18,00
Manipolazioni vertebrali	€21,00
Trazioni vertebrali cervicali	€ 11,00
Trazioni vertebrali lombosacrali	€11,00

Trazioni vertebrali meccaniche	€11,00
PRESTAZIONI DI SONOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Ultrasuoni a contatto	€ 10,00
Ultrasuoni ad immersione	€8,00
PRESTAZIONI DI TECARTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Tecarterapia	€26,00
PRESTAZIONI DI TERMOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Crioterapia	€7,00
Fangoterapia	€ 9,00
Fitoterapia	€ 6,50
Ipertermia	€31,00
Marconiterapia	€8,00
Paraffinoterapia	€8,00
Radarterapia	€8,00

Documentazione richiesta

In caso di infortunio accertato da Pronto Soccorso o da struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società:

- 1) Copia della certificazione del Pronto Soccorso o della struttura sanitaria attestante l'infortunio;
- 2) Copia della prescrizione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto per la terapia dei postumi dell'infortunio;
- 3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto, la Società, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

Nel caso delle particolari patologie che consentono l'accesso ai trattamenti fisioterapici garantiti dalla Società dovranno essere inviate:

- 1) Per le patologie di cui al punto 2.1 e 2.2 – "Patologie Particolari" la copia della certificazione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata attestante la natura della patologia; Per Protrusioni e ernie discali di cui al punto 2.3 la copia del referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC);
- 2) Copia della prescrizione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto;
- 3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D. M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000).

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

W) Agopuntura manu medica

La Società provvede al pagamento delle spese per agopuntura effettuata a seguito di malattia o infortunio esclusivamente a fini analgici (terapia del dolore).

Ai fini del rimborso dovrà essere inviata la prescrizione dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento di agopuntura a fini analgici.

Il trattamento deve essere effettuato da personale medico abilitato il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa (fatture/ricevute).

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di €250,00 **per Assicurato**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvallesse del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente i tickets sanitari nei limiti del massimale annuo indicato.

Documentazione richiesta

Per ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società:

- 1) Copia della prescrizione dello specialista attestante la necessità della terapia a fini antalgici;
- 2) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico abilitato, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

X) Pacchetti di riabilitazione e controllo

La Società provvede al pagamento delle spese relative ai seguenti pacchetti di prestazioni finalizzate alla riabilitazione ed al controllo per alcune patologie e stati fisiologici.

I pacchetti non sono cumulabili.

Per ogni anno solare, l'Assicurato ha la possibilità di attivare uno solo dei tre pacchetti.

Il massimale annuo per ciascuno dei tre pacchetti è di €500,00.

Pacchetto 1: Riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore

Il pacchetto è attivabile esclusivamente per le seguenti patologie:

- sindromi canalicolari polso
- tendiniti del polso e della mano
- patologie infiammatorie della spalla
- sindromi canalicolari caviglia
- metatarsalgia
- varici arti inferiori

Il pacchetto "Riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore" prevede il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta previsto per ciascuna prestazione:

Prestazione	Costo massimo per seduta
Massoterapia <i>manu medica</i> individualizzata	€9,00
Luce infrarossa	€3,00
Ultrasuoni	€10,00
Magnetoterapia	€2,00
Laser Terapia	€2,00
Tecarterapia	€6,00
Ipertermia	€1,00
Drenaggio linfatico manuale (DML)	€5,00
Elastocompressione	€5,00

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- 1) Copia della certificazione medica attestante la natura della patologia, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
- 2) Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie;
- 3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista così come indicato nella definizione "Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi" del Glossario).

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

Pacchetto 2: Riabilitazione Post Partum

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di parto attestato da certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza.

Il pacchetto "Riabilitazione post partum" prevede il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta di ciascuna prestazione e purché le prestazioni siano effettuate entro 6 mesi dalla data del parto:

Prestazione	Costo massimo per seduta
Ginnastica post partum	€1,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	€30,00

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- 1) Copia della certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza;
- 2) Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie;
- 3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista così come indicato nella definizione "Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi" del Glossario).

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

Pacchetto 3: Post menopausa

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di menopausa attestata dal medico "di base" o dallo specialista.

Il pacchetto "Post menopausa" prevede il rimborso delle seguenti voci, nei limiti dell'eventuale costo massimo per seduta previsto per alcune prestazioni e della ripetibilità prevista per altre:

Prestazione	Costo massimo per seduta
Riabilitazione del pavimento pelvico	€30,00
Ginnastica medica	€6,00
Visita ginecologica post menopausa (max 1/anno)	-
MOC (max 1/anno)	-

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- 1) Copia della certificazione, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista, attestante lo stato di menopausa
 - 2) Per i trattamenti fisioterapici previsti dal pacchetto: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie. Per la visita ginecologica e per la MOC: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista
 - 3) Copia della fattura. Per le fatture relative alle prestazioni fisioterapiche è necessario che nella fattura si evinca che il trattamento fisioterapico è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista così come indicato nella definizione "Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi" del Glossario).
- Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

INVALIDITA'

Y) Invalidità permanente

Sono destinatari della presente garanzia gli Assicurati che hanno maturato i requisiti soggettivi, di seguito definiti, successivamente ad un evento (patologia o infortunio) insorto durante il periodo della copertura sanitaria e a far data dal 1° gennaio 2014 in poi.

Requisiti

- a) Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL, di grado uguale o superiore a 80%.
 b) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore a 80%.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi sopra elencati, ogni Assicurato dispone, una tantum, di un plafond di spesa di:

- €6.000 per invalidità con grado compreso tra 80% e 90%;
- €8.000 per invalidità con grado compreso tra 91% e 100% per il rimborso delle seguenti prestazioni:

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.
3. Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati).
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti, etc.).
5. Assistenza psicologica/psichiatrica.
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf).

Le prestazioni ammesse a rimborso dovranno comunque essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Viene comunque garantito il rimborso per le prestazioni effettuate nel periodo che intercorre tra la data della domanda di riconoscimento di invalidità e la certificazione stessa.

In caso di aggravamento e di riconoscimento di un grado maggiore di invalidità che comporti il passaggio da una fascia all'altra di plafond di spesa, verrà riconosciuto soltanto il diritto alla differenza di importo (€2.000,00) e non la disponibilità dell'intero plafond della nuova fascia di riferimento.

Gli Assicurati che presentino i requisiti di cui ai punti numeri 1 e 2 della presente garanzia potranno fruire delle prestazioni anche successivamente all'uscita dalla copertura sanitaria, purché le stesse siano state effettuate entro due anni dalla data di certificazione dell'invalidità.

Documentazione richiesta

Per ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società:

- 1) Copia modulo di rimborso
- 2) Copia domanda d'invalidità da cui si evinca la data di presentazione
- 3) Copia certificazione Inail/Inps attestante l'invalidità e il relativo grado
- 4) Per l'invalidità da patologie e malattie professionali, copia della documentazione medica dalla quale si evinca la data d'insorgenza della patologia
- 5) Copia prescrizione medica (vedi tabella che segue)
- 6) Copia documentazione di spesa

TIPO DI PRESTAZIONE	DOCUMENTAZIONE RICHIESTA
Prestazioni sanitarie di tipodiagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Presidi e ausili sanitari acquistati e/o noleggiati	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa

Presidi finalizzati al supporto per deficit motori(es. servo scala, veicoli per supporto movimenti,...)	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Assistenza psicologica/psichiatrica	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf,...)	1) Documento di spesa *

*Per il personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf, ecc.) la documentazione di spesa richiesta è la seguente:
 1. Prospetto di retribuzione rilasciato dal Datore di Lavoro dal quale si evinca: nome e cognome del lavoratore; numero ore lavorate; retribuzione oraria; totale retribuzione percepita; importo contributi versati; firma per ricevuta del lavoratore.
 2. Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS.

Come ottenere il rimborso

Le domande di rimborso devono essere inoltrate in copia alla Società entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

OPZIONE 2

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Assicurato venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati nell'Allegato n.1, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-Ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Intervento Chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato.

Assistenza Medica, Medicinali, Cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

Retta Di Degenza

Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero a rimborso, le spese sostenute vengono riconosciute nel limite di €300,00 al giorno.

Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a rimborso la garanzia è prestata nel limite di €50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Assistenza Infermieristica Privata Individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Post-Ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato da Blue Assistance. Per i medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali, la garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

- Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati (regime di assistenza diretta), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società, alle strutture convenzionate, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- In caso di ricovero in forma rimborsuale (regime rimborsuale), le spese relative alle prestazioni effettuate vengono riconosciute nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 2.000,00 ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Il rimborso avverrà nel limite di un sotto massimale di € 8.000,00 per ciascun intervento effettuato, nel massimale complessivo dell'area ricovero.
- Qualora in una struttura convenzionata, venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale medico non convenzionato (regime misto), tutte le spese relative al ricovero verranno riconosciute con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in forma rimborsuale (quindi nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 2.000,00 e con un plafond di € 8.000,00 per intervento).
- Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'Assicurato. In questo caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (lettera E).

B) Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

C) Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società riconosce le spese previste alle lettere A "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico" e B "Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, 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, la prestazione prevede il rimborso delle 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.

D) Neonati

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post-intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero spesi nel limite annuo di € 10.000,00 per neonato.

E) Indennità sostitutiva per intervento chirurgico

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ciascun giorno di ricovero per i primi 30 giorni di ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Dal 31° giorno di ricovero. L'indennità viene elevata a € 100,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per ricovero. Come già detto per ricovero si intende la degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

F) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri chirurgici (come da elenco)

Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero" per i ricoveri chirurgici (come da elenco) e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, la Società mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate Blue Assistance, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Assicurato.

La Società concorderà – anche per il tramite di Blue Assistance – il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture convenzionate.

G) Servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizi medico- riabilitativi, noleggio di ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne

In caso di ricovero medico-chirurgico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco degli interventi chirurgici) e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, la Società rimborsa tramite la rete di strutture convenzionate Blue Assistance le prestazioni di:

- ospedalizzazione domiciliare;
- assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica; tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Isritto.

Per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai 120 giorni previsti dalle coperture “post ricovero” per i casi d'intervento previsti dal piano sanitario).

La Società concorderà – anche per il tramite di Blue Assistance – il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture convenzionate.

H) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio – ricoveri medici elencati in garanzia

In caso di ricovero senza intervento chirurgico avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura e limitatamente alle patologie sottoelencate, rientrano in garanzia le prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni del ricovero medico che ha determinato l'evento.

Sono compresi in copertura:

- Fibrosi cistica;
- Ictus;
- Ischemia arterie vertebrali;
- Morbo di Parkinson;
- Paralisi;
- Sclerosi Multipla;
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

La Società concorderà – anche per il tramite di Blue Assistance – il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture convenzionate nel limite annuo di €5.000,00 per Assicurato.

Massimale di spesa annuo dell'area ricovero

La copertura prevede un massimale di spesa annuo che ammonta a €100.000,00 per anno associativo e per Assicurato.

Se durante l'anno tale massimale dovesse essere raggiunto, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

D) Prestazioni di diagnostica e terapia

- Radiologia convenzionale (senza contrasto)
 - Esami radiologici apparato osteoarticolare
 - Mammografia (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
 - Mammografia bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
 - Ortopanoramica
 - RX colonna vertebrale in toto
 - Rx di organo apparato
 - Rx endorali
 - Rx esofago
 - Rx esofago esame diretto
 - Rx tenue seriato
 - Rx tubo digerente
 - Rx tubo digerente prime vie
 - Rx tubo digerente seconde vie
 - Tomografia (Stratigrafia) di organi o apparati
- Radiologia convenzionale (con contrasto)
 - Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
 - Artrografia
 - Broncografia
 - Cavernosografia
 - Cisternografia
 - Cistografia/doppio contrasto
 - Cisturografia minzionale
 - Clisma opaco e/a doppio contrasto
 - Colangiografia/colangiografia percutanea
 - Colangiopancreatografia retrograda
 - Colecistografia
 - Colpografia
 - Coronarografia
 - Dacriocistografia
 - Defecografia
 - Discografia
 - Esame urodinamico
 - Fistelografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia
 - Galattografia
 - Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o isterografia e/o sonosalpingografia
 - Linfografia
 - Mielografia
 - Pneumoencefalografia
 - Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
 - Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
 - Rx piccolo intestino con doppio contrasto
 - Rx stomaco con doppio contrasto
 - Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
 - Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
 - Scialografia con contrasto
 - Splenoportografia
 - Uretrocistografia
 - Urografia
 - Vesciculodeferentografia
 - Wirsungrafia
- Alta diagnostica per immagini (ecografie)
 - Ecografia mammaria

REALE GROUP

- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche trans rettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

- Ecocolordopplergrafia
 - Ecodoppler cardiaco compreso color
 - Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
 - Ecocolordoppler aorta addominale
 - Ecocolordoppler tronchi sovraortici

- Tomografia computerizzata (tc)
 - Angio tc
 - Angio tc distretti eso o endocranici
 - Tc spirale multistrato (64 strati)
 - Tc con e senza mezzo di contrasto

- Risonanza magnetica (rm)
 - Cine rm cuore
 - Angio rm con contrasto
 - Rmn con e senza mezzo di contrasto

- Pet
 - Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organodistretto-apparato

- Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)
 - Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
 - Medicina nucleare in vivo
 - Tomoscintigrafia SPET miocardica

- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

- Diagnostica strumentale
 - Campimetria
 - Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
 - Elettroencefalogramma
 - Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
 - Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
 - Elettromiografia (emg)
 - Elettroretinogramma
 - Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
 - Phmetria esofagea gastrica
 - Potenziali evocati
 - Spirometria
 - Tomografia mappa strumentale della cornea

- Biopsie
 - Tutte

- Endoscopie diagnostiche
 - Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
 - Cistoscopia diagnostica
 - Esofagogastroduodenoscopia
 - Pancolonscopia diagnostica
 - Rettoscopia diagnostica
 - Rettosigmoidoscopia diagnostica
 - Tracheobroncoscopia diagnostica

Si precisa che nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica, si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, la Società garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio, rimarrà a carico dell'assicurato.

- Varie
 - Biopsia del linfonodo sentinella

REALE GROUP

- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €6.000,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Assicurato di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di assistenza in forma rimborsuale, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di €55,00 per prestazione, nel limite del massimale previsto per la garanzia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i tickets sanitari a carico dell'Assicurato senza applicazione di franchigie

J) Visite specialistiche

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche ad eccezione di quanto previsto alla lettera T "Prestazioni Odontoiatriche particolari".

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €700,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket.

K) Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera I "Prestazioni di diagnostica", e i ticket sanitari di pronto soccorso.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €500,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

L) CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E DIALISI

La Società rimborsa tutte le voci di terapia, le prestazioni dell'equipe medica oncologica e ogni prestazione direttamente collegata alla somministrazione della terapia medesima (es. posizionamento cateteri) ed i farmaci.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €6.000,00 per Assicurato con sottolimito di €2.500,00 per le terapie farmacologiche.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della forma rimborsuale (prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate e non, senza attivazione della forma diretta). Il rimborso avviene senza applicazione di franchigie.

M) PACCHETTO MATERNITA'

Sono comprese nella garanzia le ecografie e le analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, l'amniocentesi, la villocentesi, la translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto, recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN.

Sono inoltre comprese le visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia, i controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica e/o iscritto all'apposito albo professionale e una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore, nel numero massimo complessivo di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a n.6 per gravidanza a rischio).

È necessario allegare un certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicazione della data dell'ultima mestruazione e la data presunta del parto; nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), la Società corrisponderà un'indennità, un'indennità di €80,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 notti. L'indennità è erogata con gli stessi criteri anche in caso di ricovero per aborto spontaneo o aborto terapeutico.

MASSIMALE

La disponibilità per la presente garanzia è di €1.000,00 per evento gravidanza (ai fini del conteggio della durata della gravidanza vengono considerate la data dell'ultima mestruazione e la data del parto).

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Nel caso in cui l'Assicurata si rivolga a strutture sanitarie o a personale convenzionato e non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Nel caso in cui l'Assicurata si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket.

N) PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di presidi, ausili medici ortopedici, sempre se appositamente prescritti:

Ortesi per piede	<i>es.: plantare, supporto calcaneare, ortesi di stabilizzazione della caviglia, ecc.</i>
Calzature ortopediche di serie	
Calzature ortopediche sumisura	
Apparecchi ortopedici per arto inferiore	<i>dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto inferiore e dell'anca: non è un dispositivo atto alla deambulazione</i>
Apparecchi ortopedici per arto superiore	<i>dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto superiore</i>

Ortesi spinali	<i>es.: corsetto 3 punti, corsetto di declinazione, corsetto per scoliosi, a tre valve, ecc.</i>
Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio	<i>es.: ginocchiera elastica, ginocchiera elastica con fororotuleo, dispositivi di trazione elastomerici, con cinghie di trazione, cavigliere ortopediche, elastiche, bivalva, pneumatiche, stampelle canadesi, tripod, ecc.</i>
Carrozine	
Accessori per carrozzine	
Ausili per il sollevamento	Sollevatori mobili, sollevatori a soffitto, ecc

Documentazione richiesta

Per ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società:

- 1) copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e ausili ortopedici con l'indicazione della patologia che l'ha generato;
- 2) copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggiato e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare anche una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato o noleggiato.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è pari ad €3.000,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Le spese vengono rimborsate nella misura dell'80% lasciando a carico dell'Assicurato uno scoperto del 20%.

O) LENTI E OCCHIALI

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto di lenti (anche a contatto) e occhiali (escluse le montature), per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista, dall'ottico o optometrista e senza applicazione di franchigie o scoperti.

Il rimborso potrà essere concesso prima che siano trascorsi 36 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata dalla Società, nel caso in cui l'oculista certifichi una variazione di almeno 1.5 diottrie sferiche o cilindriche su un singolo occhio, per qualsiasi tipo di patologia.

In tal caso la Società concederà il rimborso sempre che siano trascorsi almeno 12 mesi dall'ultima fattura liquidata.

In nessun caso potrà essere considerato sufficiente il raggiungimento della variazione di 1.5 diottrie sommando i valori sferici e cilindrici del singolo occhio o sommando le variazioni tra occhio destro e sinistro.

Sono esclusi dal rimborso occhiali e/o lenti per finalità estetiche.

L'Assicurato può attivare il pagamento in forma diretta richiedendo la presa in carico direttamente al Centro Ottico Convenzionato. Per farlo deve accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it, consultare i Centri Ottici convenzionati, selezionare quello desiderato e scaricare il voucher da consegnare al Centro in fase di richiesta della prestazione. Sarà poi l'Ottico stesso a richiedere la presa in carico delle spese a Blue Assistance. Contestualmente occorre fornire al Centro un numero di cellulare e un indirizzo e-mail.

Blue Assistance invierà all'Assicurato, tramite e-mail, una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione con indicazione del massimale ed eventuali franchigie/scoperti previsti dalle condizioni generali di assicurazione.

In mancanza della corretta attivazione, la liquidazione in forma diretta non è operante e pertanto avverrà nella tradizionale forma a rimborso.

MASSIMALE

La disponibilità per la presente garanzia, erogabile ogni 36 mesi ed in una unica soluzione su un'unica fattura, è di €90,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso avviene senza applicazione di franchigie.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

P) Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni", la Società provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. 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.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture Convenzionate. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata. La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 3.500,00 per Assicurato. Viene previsto un sotto massimale annuo di €1.350,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sotto massimale pari a €750,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo l'applicazione di un impianto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sotto massimale di €1.350,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture Convenzionate senza applicazione di franchigie e scoperti. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Q) Avulsione (Estrazione denti)

In deroga a quanto previsto al successivo Art. “Esclusioni”, la Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l’anno. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l’effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l’Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato. Le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture Convenzionate.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato, l’importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall’Assicurato alla struttura convenzionata.

R) Diagnostica odontoiatrica

In deroga a quanto previsto all’art. “Esclusioni”, la Società provvede al pagamento delle seguenti spese per diagnostica odontoiatrica:

- ortopantomografia
- radiografie endorali
- dentalscan

Per l’attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del dentista contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione.

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €400,00 per iscritto.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l’Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture Convenzionate con l’applicazione di una franchigia di €35,00 per prestazione

Nel caso in cui l’Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell’Assicurato senza applicazione di franchigie

S) Ortodonzia

In deroga a quanto previsto all’Art. “Esclusioni”, la Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche entro un massimale annuo di €700,00 per Assicurato.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l’Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato. Le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture Convenzionate.

PREVENZIONE**T) Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione)**

In deroga a quanto previsto all’Art. “Esclusioni”, la Società provvede al pagamento nella misura del 75% 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’Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc. Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell’Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell’arco dello stesso anno associativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

U) Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate una volta all'anno in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa. 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.

U.1) Prevenzione Cardiovascolare

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

U.2) Prevenzione Oncologica

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine

REALE GROUP

- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

U.3) Sindrome metabolica

Non è prevista la fruizione degli eventuali esami previsti dalla presente garanzia all'Estero. La garanzia vale esclusivamente per l'Assicurato principale in servizio. Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area clienti" accessibile tramite username e password sul sito www.sanarcom.it.

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a. nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assicurato ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b. nel caso in cui l'Assicurato risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione etc.;
- c. nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione etc. e si inviterà l'Assicurato a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale Operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assicurato, delle prestazioni sottoindicate attivando la consueta procedura in regime di assistenza diretta da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assicurato il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Si precisa che per poter effettuare le analisi sopra indicate è necessario che l'Assicurato sia in possesso della prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia.

Per effettuare gli esami sopra indicati dovrà essere trascorso almeno un periodo di 6 mesi dalla data di esecuzione degli esami utilizzati per la compilazione del Questionario.

All'atto della richiesta della presa in carico diretta, l'Assicurato dovrà fornire copia dell'esito del questionario e degli esami utilizzati per la compilazione dello stesso.

Qualora la Centrale Operativa accerti dal referto degli esami utilizzati per la compilazione del Questionario che i dati imputati non corrispondano al vero, l'Assicurato non sarà autorizzato a fruire delle prestazioni.

Poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Centrale Operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assicurato, delle prestazioni sopra indicate con cadenza semestrale, attivando la medesima procedura sopra descritta.

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

REALE GROUP

TOGETHER MORE

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle garantite dal Piano Sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative previste. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle garantite, l'Assicurato potrà avvalersi del servizio "Card" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con il Network Blue Assistance a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

Cosa occorre fare prima di compilare il questionario

Il Questionario permette all'Assicurato di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi. Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione. È importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

U.4) Prevenzione malattie respiratoriePrestazioni previste per le donne e uomini di età superiore ai 45 anni una volta l'anno

- Visita specialistica Pneumologica

PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE**V) Fisioterapia da infortunio o patologie particolari**

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi nei casi di seguito indicati:

- 1) Infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso o di struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso redatto entro le 48 ore dall'evento traumatico, la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette dell'infortunio;
 - 2) Particolari patologie:
 - a) Ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti, la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia;
 - b) Neoplasie o forme degenerative encefaliche o midollari, la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia;
 - c) Protrusione e ernie discali certificate dal referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC). La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia; purché prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è pari ad €500,00 per Assicurato. Il rimborso massimo rimborsabile, a seduta, è pari a quanto evidenziato nella tabella seguente.
- Nel caso in cui l'assicurato si avvallesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari nei limiti del massimale di €500,00 annui.
- Le aree terapeutiche di fisioterapia utilizzate nel caso di rieducazione funzionale e riabilitazione per traumatismi o patologie invalidanti ammesse a rimborso sono:

<i>PRESTAZIONI DI ELETTROTHERAPIA</i>	<i>COSTO PER SEDUTA</i>
Diadinamica	€8,00
Diatermia	€8,00
Diatermoterapia	€8,00
Elettrosonoterapia	€8,00
Elettrostimolazioni esponenziali	€8,00
Elettroterapia	€10,00
Ionoforesi	€10,00
Terapia antalgica transcutanea	€8,00
<i>PRESTAZIONI DI IDROTHERAPIA</i>	<i>COSTO PER SEDUTA</i>
Bagnoterapia	€13,00
Crenoterapia	€13,00
Ginnastica vascolare idrica	€9,00
Idrochinesiterapia	€13,00
Idrogalvanoterapia	€8,00
Idromassoterapia	€8,00
<i>PRESTAZIONI DI MASSOTERAPIA</i>	<i>COSTO PER SEDUTA</i>
Drenaggio linfatico manuale	€15,00
Massaggio riflessogeno	€13,00
Massaggio strumentale	€8,00
Massaggio terapeutico tradizionale	€8,00
Massoterapia segmentaria per qualunque segmento	€19,00
<i>PRESTAZIONI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ECHINESITERAPIA</i>	<i>COSTO PER SEDUTA</i>
Chinesiterapia individuale (ogni tipo)	€23,00
Ginnastica correttiva	€11,00

Ginnastica medica (non a scopo estetico)	€ 16,00
Ginnastica propriocettiva	€ 8,00
Ginnastica respiratoria	€ 11,00
Ginnastica segmentaria	€ 11,00
Riabilitazione post-operatoria	€ 11,00
Riabilitazione post-traumatica	€ 11,00
Rieducazione neuromotoria	€ 21,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	€ 30,00
PRESTAZIONI DI VERTEBROTERAPIA MANU MEDICA	COSTO PER SEDUTA
Correzione incruenta del disallineamento vertebrale	€ 18,00
Manipolazioni vertebrali	€ 21,00
Trazioni vertebrali cervicali	€ 11,00
Trazioni vertebrali lombosacrali	€ 11,00
Trazioni vertebrali meccaniche	€ 11,00
PRESTAZIONI DI SONOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Ultrasuoni a contatto	€ 10,00
Ultrasuoni ad immersione	€ 8,00
PRESTAZIONI DI TECARTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Tecarterapia	€ 26,00
PRESTAZIONI DI TERMOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Crioterapia	€ 7,00
Fangoterapia	€ 9,00
Fitoterapia	€ 6,50
Ipertermia	€ 31,00
Marconiterapia	€ 8,00
Paraffinoterapia	€ 8,00
Radarterapia	€ 8,00

Documentazione richiesta

In caso di infortunio accertato da Pronto Soccorso o da struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società:

- 1) Copia della certificazione del Pronto Soccorso o della struttura sanitaria attestante l'infortunio;
- 2) Copia della prescrizione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto per la terapia dei postumi dell'infortunio;
- 3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto, la Società, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

Nel caso delle particolari patologie che consentono l'accesso ai trattamenti fisioterapici garantiti dalla Società dovranno essere inviate:

- 1) Per le patologie di cui al punto 2.1 e 2.2 – "Patologie Particolari" la copia della certificazione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente la patologia denunciata attestante la natura della patologia; Per Protrusioni e ernie discali di cui al punto 2.3 la copia del referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC);

2) Copia della prescrizione del medico “di base” o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto;

3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D. M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000).

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

W) Agopuntura manu medica

La Società provvede al pagamento delle spese per agopuntura effettuata a seguito di malattia o infortunio esclusivamente a fini analgici (terapia del dolore).

Ai fini del rimborso dovrà essere inviata la prescrizione dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento di agopuntura a fini analgici.

Il trattamento deve essere effettuato da personale medico abilitato il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa (fatture/ricevute).

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di €250,00 per Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente i tickets sanitari nei limiti del massimale annuo indicato.

Documentazione richiesta

Per ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società:

- 1) Copia della prescrizione dello specialista attestante la necessità della terapia a fini analgici;
- 2) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico abilitato, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

X) Pacchetti di riabilitazione e controllo

La Società provvede al pagamento delle spese relative ai seguenti pacchetti di prestazioni finalizzate alla riabilitazione ed al controllo per alcune patologie e stati fisiologici.

I pacchetti non sono cumulabili. Per ogni anno solare, l'Assicurato ha la possibilità di attivare uno solo dei tre pacchetti. Il massimale annuo per ciascuno dei tre pacchetti è di €500,00.

Pacchetto 1: Riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore

Il pacchetto è attivabile esclusivamente per le seguenti patologie:

- sindromi canalicolari polso
- tendiniti del polso e della mano
- patologie infiammatorie della spalla
- sindromi canalicolari caviglia
- metatarsalgia
- varici arti inferiori

Il pacchetto "Riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore" prevede il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta previsto per ciascuna prestazione:

Prestazione	Costo massimo per seduta
Massoterapia <i>manu medica</i> individualizzata	€19,00
Luce infrarossa	€8,00
Ultrasuoni	€10,00
Magnetoterapia	€12,00
Laser Terapia	€22,00
Tecarterapia	€26,00
Ipertermia	€31,00
Drenaggio linfatico manuale (DML)	€15,00
Elastocompressione	€15,00

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- 1) Copia della certificazione medica attestante la natura della patologia, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata.
- 2) Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie.
- 3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista così come indicato nella definizione “Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi” del Glossario). Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

Pacchetto 2: Riabilitazione Post Partum

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di parto attestato da certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l’espletamento del termine di gravidanza.

Il pacchetto "Riabilitazione post partum" prevede il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta di ciascuna prestazione e purché le prestazioni siano effettuate entro 6 mesi dalla data del parto:

Prestazione	Costo massimo per seduta
Ginnastica post-partum	€1,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	€30,00

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- 1) Copia della certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l’espletamento del termine di gravidanza.
- 2) Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie.
- 3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista così come indicato nella definizione “Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi” del Glossario). Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

Pacchetto 3: Post menopausa

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di menopausa attestata dal medico “di base” o dallo specialista.

Il pacchetto "Post menopausa" prevede il rimborso delle seguenti voci, nei limiti dell’eventuale costo massimo per seduta previsto per alcune prestazioni e della ripetibilità prevista per altre:

Prestazione	Costo massimo per seduta
Riabilitazione del pavimento pelvico	€30,00
Ginnastica medica	€6,00
Visita ginecologica post menopausa (max 1/anno)	-
MOC (max 1/anno)	-

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- 1) Copia della certificazione, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista, attestante lo stato di menopausa.
- 2) Per i trattamenti fisioterapici previsti dal pacchetto: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie. Per la visita ginecologica e per la MOC: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista.
- 3) Copia della fattura. Per le fatture relative alle prestazioni fisioterapiche è necessario che nella fattura si evinca che il trattamento fisioterapico è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere

comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista così come indicato nella definizione “Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi” del Glossario). Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

INVALIDITA’

Y) Invalidità permanente

Sono destinatari della presente garanzia gli Assicurati che hanno maturato i requisiti soggettivi, di seguito definiti, successivamente ad un evento (patologia o infortunio) insorto durante il periodo della copertura sanitaria e a far data dal 1° gennaio 2014 in poi

Requisiti

- a) Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall’INAIL, di grado uguale o superiore a 80%.
- b) Invalidità per patologia certificata dall’INPS, di grado uguale o superiore a 80%.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi sopra elencati, ogni Assicurato dispone, una tantum, di un plafond di spesa di:

- €6.000 per invalidità con grado compreso tra 80% e 90%;
- €8.000 per invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

per il rimborso delle seguenti prestazioni:

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all’eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (finalizzate all’eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.
3. Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati).
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti, etc.).
5. Assistenza psicologica/psichiatrica.
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf).

Le prestazioni ammesse a rimborso dovranno comunque essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell’invalidità.

Viene comunque garantito il rimborso per le prestazioni effettuate nel periodo che intercorre tra la data della domanda di riconoscimento di invalidità e la certificazione stessa.

In caso di aggravamento e di riconoscimento di un grado maggiore di invalidità che comporti il passaggio da una fascia all’altra di plafond di spesa, verrà riconosciuto soltanto il diritto alla differenza di importo (€2.000,00) e non la disponibilità dell’intero plafond della nuova fascia di riferimento.

Gli Assicurati che presentino i requisiti di cui ai punti numeri 1 e 2 della presente garanzia potranno fruire delle prestazioni anche successivamente all’uscita dalla copertura sanitaria, purché le stesse siano state effettuate entro due anni dalla data di certificazione dell’invalidità.

Documentazione richiesta

Per ottenere il rimborso l’Assicurato dovrà inoltrare alla Società:

1. Copia modulo di rimborso
2. Copia domanda d’invalidità da cui si evinca la data di presentazione
3. Copia certificazione Inail/Inps attestante l’invalidità e il relativo grado
4. Per l’invalidità da patologie e malattie professionali, copia della documentazione medica dalla quale si evinca la data d’insorgenza della patologia
5. Copia prescrizione medica (vedi tabella che segue)
6. Copia documentazione di spesa

TIPO DI PRESTAZIONE	DOCUMENTAZIONE RICHIESTA
Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all’eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa

Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti,...)	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Assistenza psicologica/psichiatrica	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf,...)	1) Documento di spesa *

* Per il personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf, ecc.) la documentazione di spesa richiesta è la seguente:

1. Prospetto di retribuzione rilasciato dal Datore di Lavoro dal quale si evinca: nome e cognome del lavoratore; numero ore lavorate; retribuzione oraria; totale retribuzione percepita; importo contributi versati; firma per ricevuta del lavoratore.
2. Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS.

Come ottenere il rimborso

Le domande di rimborso devono essere inoltrate in copia alla Società entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

OPZIONE 3

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Assicurato venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati nell'Allegato n.1, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-Ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Intervento Chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato.

Assistenza Medica, Medicinali, Cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

Retta Di Degenza

Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero a rimborso, le spese sostenute vengono riconosciute nel limite di €300,00 al giorno.

Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a rimborso la garanzia è prestata nel limite di €50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Assistenza Infermieristica Privata Individuale.

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Post-Ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato da Blue Assistance.

Per i medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali, la garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato.
- Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati (regime di assistenza diretta), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società, alle strutture convenzionate, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- In caso di ricovero in forma rimborsuale (regime rimborsuale), le spese relative alle prestazioni effettuate vengono riconosciute nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a €2.000,00 ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Il rimborso avverrà nel limite di un sotto massimale di €8.000,00 per ciascun intervento effettuato, nel massimale complessivo dell'area ricovero.
- Qualora in una struttura convenzionata, venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale medico non convenzionato (regime misto), tutte le spese relative al ricovero verranno riconosciute con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in forma rimborsuale (quindi nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a €2.000,00 e con un plafond di €8.000,00 per intervento).
- Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'Assicurato. In questo caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (lettera E).

B) Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di €1.500,00 per ricovero.

C) Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società riconosce le spese previste alle lettere A "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico" e B "Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, 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, la prestazione prevede il rimborso delle 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.

D) Neonati

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post-intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero spesi nel limite annuo di €10.000,00 per neonato.

E) Indennità sostitutiva per intervento chirurgico

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di €80,00 per ciascun giorno di ricovero per i primi 30 giorni di ricovero, 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.

Dal 31° giorno di ricovero. L'indennità viene elevata a €100,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per ricovero. Come già detto per ricovero si intende la degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

F) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri chirurgici (come da elenco)

Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero" per i ricoveri chirurgici (come da elenco) e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, la Società mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate Blue Assistance, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Assicurato.

La Società concorderà – anche per il tramite di Blue Assistance – il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture convenzionate.

G) Servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizi medico- riabilitativi, noleggio di ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne

In caso di ricovero medico-chirurgico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco degli interventi chirurgici) e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, la Società rimborsa tramite la rete di strutture convenzionate Blue Assistance le prestazioni di:

- ospedalizzazione domiciliare;
- assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica; tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Isritto;

per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai 120 giorni previsti dalle coperture "post ricovero" per i casi d'intervento previsti dal piano sanitario).

La Società concorderà – anche per il tramite di Blue Assistance – il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture convenzionate.

H) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio – ricoveri medici elencati in garanzia

In caso di ricovero senza intervento chirurgico avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura e limitatamente alle patologie sottoelencate, rientrano in garanzia le prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendenti al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni del ricovero medico che ha determinato l'evento.

Sono compresi in copertura:

- Fibrosi cistica;
- Ictus;
- Ischemia arterie vertebrali;
- Morbo di Parkinson;
- Paralisi;
- Sclerosi Multipla;
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

La Società concorderà – anche per il tramite di Blue Assistance – il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture convenzionate nel limite anno di €5.000,00 per Assicurato.

Massimale di spesa annuo dell'area ricovero

La copertura prevede un massimale di spesa annuo che ammonta a €110.000,00 per anno associativo e per Assicurato.

Se durante l'anno tale massimale dovesse essere raggiunto, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

I) Prestazioni di diagnostica

• Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Mammografia bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di organo apparato
- Rx endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie
- Tomografia (Stratigrafia) di organi o apparati

• Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o isterografia e/o sonosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto

- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

- Alta diagnostica per immagini (ecografie)
 - Ecografia mammaria
 - Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
 - Ecografia prostatica anche trans rettale
 - Ecografia addome superiore
 - Ecografia addome inferiore

- Ecocolordopplergrafia
 - Ecodoppler cardiaco compreso color
 - Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
 - Ecocolordoppler aorta addominale
 - Ecocolordoppler tronchi sovraortici

- Tomografia computerizzata (tc)
 - Angio tc
 - Angio tc distretti eso o endocranici
 - Tc spirale multistrato (64 strati)
 - Tc con e senza mezzo di contrasto

- Risonanza magnetica (rm)
 - Cine rm cuore
 - Angio rm con contrasto
 - Rmn con e senza mezzo di contrasto

- Pet
 - Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organodistretto-apparato

- Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)
 - Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
 - Medicina nucleare in vivo
 - Tomoscintigrafia SPET miocardica
 - Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

- Diagnostica strumentale
 - Campimetria
 - Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
 - Elettroencefalogramma
 - Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
 - Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
 - Elettromiografia (emg)
 - Elettroretinogramma
 - Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
 - Phmetria esofagea gastrica
 - Potenziali evocati
 - Spirometria
 - Tomografia mappa strumentale della cornea

- Biopsie
 - Tutte

- Endoscopie diagnostiche
 - Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
 - Cistoscopia diagnostica
 - Esofagogastroduodenoscopia

- Pancoloscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

Si precisa che nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica, si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, la Società garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio, rimarrà a carico dell'assicurato.

- Varie
- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €6.000,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Assicurato di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di assistenza in forma rimborsuale, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di €55,00 per prestazione, nel limite del massimale previsto per la garanzia. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i tickets sanitari a carico dell'Assicurato senza applicazione di franchigie

J) Visite specialistiche

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche ad eccezione di quanto previsto alla lettera T "Prestazioni Odontoiatriche particolari".

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €700,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket.

K) Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera I "Prestazioni di diagnostica e terapia", e i ticket sanitari di pronto soccorso.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €500,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

L) CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E DIALISI

La Società rimborsa tutte le voci di terapia, le prestazioni dell'equipe medica oncologica e ogni prestazione direttamente collegata alla somministrazione della terapia medesima (es. posizionamento cateteri) ed i farmaci.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €6.000,00 per Assicurato con sottolimito di €2.500,00 per le terapie farmacologiche.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della forma rimborsuale (prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate e non, senza attivazione della forma diretta). Il rimborso avviene senza applicazione di franchigie.

M) PACCHETTO MATERNITA'

Sono comprese nella garanzia le ecografie e le analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, l'amniocentesi, la villocentesi, la translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto, recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN.

Sono inoltre comprese le visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia, i controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica e/o iscritto all'apposito albo professionale e una visita anestesilogica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore, nel numero massimo complessivo di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a n.6 per gravidanza a rischio).

È necessario allegare un certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicazione della data dell'ultima mestruazione e la data presunta del parto; nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), la Società corrisponderà un'indennità, un'indennità di €80,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 notti. L'indennità è erogata con gli stessi criteri anche in caso di ricovero per aborto spontaneo o aborto terapeutico.

MASSIMALE

La disponibilità per la presente garanzia è di €1.000,00 per evento gravidanza (ai fini del conteggio della durata della gravidanza vengono considerate la data dell'ultima mestruazione e la data del parto).

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Nel caso in cui l'Assicurata si rivolga a strutture sanitarie o a personale convenzionato e non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Nel caso in cui l'Assicurata si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket.

N) PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di presidi, ausili medici ortopedici, sempre se appositamente prescritti:

Ortesi per piede	<i>es.: plantare, supporto calcaneare, ortesi di stabilizzazione della caviglia, ecc.</i>
Calzature ortopediche di serie	
Calzature ortopediche su Misura	
Apparecchi ortopedici per arto inferiore	<i>dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto inferiore e dell'anca: non e' un dispositivo atto alla deambulazione</i>
Apparecchi ortopedici per arto superiore	<i>dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto superiore</i>
Ortesi spinali	<i>es.: corsetto 3 punti, corsetto di declinazione, corsetto per scoliosi, a tre valve, ecc.</i>
Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio	<i>es.: ginocchiera elastica, ginocchiera elastica con foro rotuleo, dispositivi di trazione elastomerici, con cinghie di trazione, cavigliere ortopediche, elastiche, bivalva, pneumatiche, stampelle canadesi, tripodì, ecc.</i>
Carrozine	
Accessori per carrozzine	
Ausili per il sollevamento	Sollevatori mobili, sollevatori a soffitto, ecc

Documentazione richiesta

Per ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società:

- 1) copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e ausili ortopedici con l'indicazione della patologia che l'ha generato;
- 2) copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggiato e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare anche una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato o noleggiato.

MASSIMALE

La disponibilità annua per la presente garanzia è pari ad €3.000,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Le spese vengono rimborsate nella misura dell'80% lasciando a carico dell'Assicurato uno scoperto del 20%

0) LENTI E OCCHIALI

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto di lenti (anche a contatto) e occhiali (escluse le montature), per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista, dall'ottico o optometrista e senza applicazione di franchigie o scoperti.

Il rimborso potrà essere concesso prima che siano trascorsi 36 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata dalla Società, nel caso in cui l'oculista certifichi una variazione di almeno 1.5 diottrie sferiche o cilindriche su un singolo occhio, per qualsiasi tipo di patologia.

In tal caso la Società concederà il rimborso sempre che siano trascorsi almeno 12 mesi dall'ultima fattura liquidata.

In nessun caso potrà essere considerato sufficiente il raggiungimento della variazione di 1.5 diottrie sommando i valori sferici e cilindrici del singolo occhio o sommando le variazioni tra occhio destro e sinistro.

Sono esclusi dal rimborso occhiali e/o lenti per finalità estetiche.

L'Assicurato può attivare il pagamento in forma diretta richiedendo la presa in carico direttamente al Centro Ottico Convenzionato. Per farlo deve accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it, consultare i Centri Ottici convenzionati, selezionare quello desiderato e scaricare il voucher da consegnare al Centro in fase di richiesta della prestazione. Sarà poi l'Ottico stesso a richiedere la presa in carico delle spese a Blue Assistance. Contestualmente occorre fornire al Centro un numero di cellulare e un indirizzo e-mail.

Blue Assistance invierà all'Assicurato, tramite e-mail, una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione con indicazione del massimale ed eventuali franchigie/scoperti previsti dalle condizioni generali di assicurazione.

In mancanza della corretta attivazione, la liquidazione in forma diretta non è operante e pertanto avverrà nella tradizionale forma a rimborso.

MASSIMALE

La disponibilità per la presente garanzia, erogabile ogni 36 mesi ed in una unica soluzione su un'unica fattura, è di €90,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso avviene senza applicazione di franchigie.

P) Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni", la Società provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. 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.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture Convenzionate. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata. La disponibilità annua per la presente garanzia è di €3.500,00 per Assicurato. Viene previsto un sotto massimale annuo di €1.350,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sotto massimale pari a €750,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo l'applicazione di un impianto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sotto massimale di €1.350,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture Convenzionate senza applicazione di franchigie e scoperti. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Q) Avulsione (Estrazione denti)

In deroga a quanto previsto al successivo Art. “Esclusioni”, la Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l’anno. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l’effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l’Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato. Le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture Convenzionate.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato, l’importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall’Assicurato alla struttura convenzionata.

R) Diagnostica odontoiatrica

In deroga a quanto previsto all’Art. “Esclusioni”, la Società provvede al pagamento delle seguenti spese per diagnostica odontoiatrica:

- ortopantomografia
- radiografie endorali
- dentalscan

Per l’attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del dentista contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione.

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €400,00 per Assicurato.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l’Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato. Le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture Convenzionate con l’applicazione di una franchigia di €35,00 per prestazione

Nel caso in cui l’Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell’Assicurato senza applicazione di franchigie.

S) Ortodonzia

In deroga a quanto previsto all’Art. “Esclusioni”, la Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche entro un massimale annuo di €700,00 per Assicurato.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l’Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato. Le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture Convenzionate.

T) Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione)

In deroga a quanto previsto all’Art. “Esclusioni”, la Società provvede al pagamento nella misura del 75% 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.

a. 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.

b. Visita specialistica odontoiatrica.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell’Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell’arco dello stesso anno associativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati

U) Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate una volta all'anno in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa. 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.

U.1) Prevenzione Cardiovascolare

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

U.2) Prevenzione Oncologica

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia

REALE GROUP

- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminottransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminottransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminottransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminottransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

U.3) Sindrome metabolica

Non è prevista la fruizione degli eventuali esami previsti dalla presente garanzia all'Estero. La garanzia vale esclusivamente per l'Assicurato principale in servizio. Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area clienti" accessibile tramite username e password sul sito www.sanarcom.it.

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a. nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assicurato ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b. nel caso in cui l'Assicurato risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione etc.;
- c. nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc e si inviterà l'Assicurato a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale Operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assicurato, delle prestazioni sottoindicate attivando la consueta procedura in regime di assistenza diretta da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assicurato il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Si precisa che per poter effettuare le analisi sopra indicate è necessario che l'Assicurato sia in possesso della prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia.

Per effettuare gli esami sopra indicati dovrà essere trascorso almeno un periodo di 6 mesi dalla data di esecuzione degli esami utilizzati per la compilazione del Questionario.

REALE GROUP

All'atto della richiesta della presa in carico diretta, l'Assicurato dovrà fornire copia dell'esito del questionario e degli esami utilizzati per la compilazione dello stesso.

Qualora la Centrale Operativa accerti dal referto degli esami utilizzati per la compilazione del Questionario che i dati imputati non corrispondano al vero, l'Assicurato non sarà autorizzato a fruire delle prestazioni.

Poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Centrale Operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assicurato, delle prestazioni sopra indicate con cadenza semestrale, attivando la medesima procedura sopra descritta.

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle garantite dal Piano Sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative previste. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle garantite, l'Assicurato potrà avvalersi del servizio "Card" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con il Network Blue Assistance a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

Cosa occorre fare prima di compilare il questionario

Il Questionario permette all'Assicurato di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi. Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione. È importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

U.4) Prevenzione malattie respiratorie
Prestazioni previste per le donne e uomini di età superiore ai 45 anni una volta l'anno

- Visita specialistica Pneumologica

V) Fisioterapia da infortunio o patologie particolari

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi nei casi di seguito indicati:

- 1) Infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso o di struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso **redatto entro le 48 ore dall'evento traumatico**, la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette dell'infortunio;
- 2) Particolari patologie:

a. Ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti, la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia;

b. Neoplasie o forme degenerative encefaliche o midollari, la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia;

c. Protrusione e ernie discali certificate dal referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC). La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia;

purché prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è pari ad €500,00 **per Assicurato**

Il rimborso massimo rimborsabile, a seduta, è pari a quanto evidenziato nella tabella seguente.

Nel caso in cui l'assicurato si avvalsesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari nei limiti del massimale di €500,00 annui.

Le aree terapeutiche di fisioterapia utilizzate nel caso di rieducazione funzionale e riabilitazione per traumatismi o patologie invalidanti ammesse a rimborso sono:

PRESTAZIONI DI ELETTROTHERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Diadinamica	€8,00
Diatermia	€8,00
Diatermoterapia	€8,00
Elettrosonoterapia	€8,00

Elettrostimolazioni esponenziali	€8,00
Elettroterapia	€10,00
Ionoforesi	€ 10,00
Terapia antalgica transcutanea	€8,00
<i>PRESTAZIONI DI IDROTERAPIA</i>	<i>COSTO PER SEDUTA</i>
Bagnoterapia	€13,00

Crenoterapia	€13,00
Ginnastica vascolare idrica	€ 9,00
Idrochinesiterapia	€13,00
Idrogalvanoterapia	€8,00
Idromassoterapia	€8,00
PRESTAZIONI DI MASSOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Drenaggio linfatico manuale	€15,00
Massaggio riflessogeno	€13,00
Massaggio strumentale	€8,00
Massaggio terapeutico tradizionale	€8,00
Massoterapia segmentaria per qualunque segmento	€19,00
PRESTAZIONI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE E CHINESITERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Chinesiterapia individuale (ogni tipo)	€23,00
Ginnastica correttiva	€11,00
Ginnastica medica (non a scopo estetico)	€16,00
Ginnastica propriocettiva	€8,00
Ginnastica respiratoria	€11,00
Ginnastica segmentaria	€11,00
Riabilitazione post-operatoria	€11,00
Riabilitazione post-traumatica	€11,00
Rieducazione neuromotoria	€21,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	€30,00
PRESTAZIONI DI VERTEBROTERAPIA MANU MEDICA	COSTO PER SEDUTA
Correzione incruenta del disallineamento vertebrale	€18,00
Manipolazioni vertebrali	€21,00
Trazioni vertebrali cervicali	€11,00
Trazioni vertebrali lombosacrali	€11,00
Trazioni vertebrali meccaniche	€11,00
PRESTAZIONI DI SONOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Ultrasuoni a contatto	€10,00
Ultrasuoni ad immersione	€8,00
PRESTAZIONI DI TECARTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Tecarterapia	€26,00
PRESTAZIONI DI TERMOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Crioterapia	€7,00
Fangoterapia	€9,00
Fitoterapia	€6,50
Ipertermia	€31,00
Marconiterapia	€8,00
Paraffinoterapia	€8,00
Radarterapia	€8,00

Documentazione richiesta

REALE GROUP

In caso di infortunio accertato da Pronto Soccorso o da struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società:

- 1) Copia della certificazione del Pronto Soccorso o della struttura sanitaria attestante l'infortunio;
- 2) Copia della prescrizione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto per la terapia dei postumi dell'infortunio;
- 3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto, la Società, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

Nel caso delle particolari patologie che consentono l'accesso ai trattamenti fisioterapici garantiti dalla Società dovranno essere inviate:

- 1) Per le patologie di cui al punto 2.1 e 2.2 – "Patologie Particolari" la copia della certificazione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente la patologia denunciata attestante la natura della patologia; Per Protrusioni e ernie discali di cui al punto 2.3 la copia del referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC);
- 2) Copia della prescrizione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto;
- 3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D. M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000).

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

W) Agopuntura manu medica

La Società provvede al pagamento delle spese per agopuntura effettuata a seguito di malattia o infortunio esclusivamente a fini analgesici (terapia del dolore).

Ai fini del rimborso dovrà essere inviata la prescrizione dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento di agopuntura a fini analgesici.

Il trattamento deve essere effettuato da personale medico abilitato il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa (fatture/ricevute).

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di €250,00 **per Assicurato**.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvallesse del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente i tickets sanitari nei limiti del massimale annuo indicato.

Documentazione richiesta

Per ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società:

- 1) Copia della prescrizione dello specialista attestante la necessità della terapia a fini analgesici;
- 2) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico abilitato, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

X) Pacchetti di riabilitazione e controllo

La Società provvede al pagamento delle spese relative ai seguenti pacchetti di prestazioni finalizzate alla riabilitazione ed al controllo per alcune patologie e stati fisiologici.

I pacchetti non sono cumulabili.

Per ogni anno solare, l'Assicurato ha la possibilità di attivare uno solo dei tre pacchetti. Il massimale annuo per ciascuno dei tre pacchetti è di €500,00.

Pacchetto 1: Riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore

Il pacchetto è attivabile esclusivamente per le seguenti patologie:

- a. sindromi canalicolari polso
- b. tendiniti del polso e della mano
- c. patologie infiammatorie della spalla
- d. sindromi canalicolari caviglia
- e. metatarsalgia

REALE GROUP

f. varici arti inferiori

Il pacchetto "Riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore" prevede il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta previsto per ciascuna prestazione:

Prestazione	Costo massimo per seduta
Massoterapia <i>manu medica</i> individualizzata	€9,00
Luce infrarossa	€8,00
Ultrasuoni	€10,00
Magnetoterapia	€2,00
Laser Terapia	€2,00
Tecarterapia	€6,00
Ipertermia	€1,00
Drenaggio linfatico manuale (DML)	€5,00
Elastocompressione	€5,00

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- 1) Copia della certificazione medica attestante la natura della patologia, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
- 2) Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie;
- 3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista così come indicato nella definizione "Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi" del Glossario).

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

Pacchetto 2: Riabilitazione Post Partum

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di parto attestato da certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza.

Il pacchetto "Riabilitazione post partum" prevede il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta di ciascuna prestazione e purché le prestazioni siano effettuate entro 6 mesi dalla data del parto:

Prestazione	Costo massimo per seduta
Ginnastica post partum	€1,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	€30,00

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- 1) Copia della certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza.
- 2) Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie.
- 3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista così come indicato nella definizione "Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi" del Glossario).

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

Pacchetto 3: Post menopausa

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di menopausa attestata dal medico "di base" o dallo specialista.

REALE GROUP

TOGETHER MORE

Il pacchetto "Post menopausa" prevede il rimborso delle seguenti voci, nei limiti dell'eventuale costo massimo per seduta previsto per alcune prestazioni e della ripetibilità prevista per altre:

Prestazione	Costo massimo per seduta
Riabilitazione del pavimento pelvico	€30,00
Ginnastica medica	€6,00
Visita ginecologica post menopausa (max 1/anno)	-
MOC (max 1/anno)	-

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- 1) Copia della certificazione, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista, attestante lo stato di menopausa;
- 2) Per i trattamenti fisioterapici previsti dal pacchetto: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie. Per la visita ginecologica e per la MOC: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista;
- 3) Copia della fattura. Per le fatture relative alle prestazioni fisioterapiche è necessario che nella fattura si evinca che il trattamento fisioterapico è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista così come indicato nella definizione “Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi” del Glossario). Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

Y) Invalidità permanente

Sono destinatari della presente garanzia gli Assicurati che hanno maturato i requisiti soggettivi, di seguito definiti, successivamente ad un evento (patologia o infortunio) insorto durante il periodo della copertura sanitaria e a far data dal 1 gennaio 2014 in poi.

Requisiti

- A) Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall’INAIL, di grado uguale o superiore a 80%.
- B) Invalidità per patologia certificata dall’INPS, di grado uguale o superiore a 80%.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi sopra elencati, ogni Assicurato dispone, una tantum, di un plafond di spesa di:

- €6.000 per invalidità con grado compreso tra 80% e 90%;
- €8.000 per invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

per il rimborso delle seguenti prestazioni:

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all’eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (finalizzate all’eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.
3. Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati).
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti, etc.).
5. Assistenza psicologica/psichiatrica.
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf).

Le prestazioni ammesse a rimborso dovranno comunque essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell’invalidità.

Viene comunque garantito il rimborso per le prestazioni effettuate nel periodo che intercorre tra la data della domanda di riconoscimento di invalidità e la certificazione stessa.

In caso di aggravamento e di riconoscimento di un grado maggiore di invalidità che comporti il passaggio da una fascia all’altra di plafond di spesa, verrà riconosciuto soltanto il diritto alla differenza di importo (€2.000,00) e non la disponibilità dell’intero plafond della nuova fascia di riferimento.

Gli Assicurati che presentino i requisiti di cui ai punti numeri 1 e 2 della presente garanzia potranno fruire delle prestazioni anche successivamente all’uscita dalla copertura sanitaria, purché le stesse siano state effettuate entro due anni dalla data di certificazione dell’invalidità.

Documentazione richiesta

Per ottenere il rimborso l’Assicurato dovrà inoltrare alla Società:

1. Copia modulo di rimborso;
2. Copia domanda d’invalidità da cui si evinca la data di presentazione;
3. Copia certificazione Inail/Inps attestante l’invalidità e il relativo grado;
4. Per l’invalidità da patologie e malattie professionali, copia della documentazione medica dalla quale si evinca la data d’insorgenza della patologia;
5. Copia prescrizione medica (vedi tabella che segue);
6. Copia documentazione di spesa.

TIPO DI PRESTAZIONE	DOCUMENTAZIONE RICHIESTA
Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti,...)	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Assistenza psicologica/psichiatrica	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf,...)	1) Documento di spesa *

* Per il personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf, ecc.) la documentazione di spesa richiesta è la seguente:

1. Prospetto di retribuzione rilasciato dal Datore di Lavoro dal quale si evinca: nome e cognome del lavoratore; numero ore lavorate; retribuzione oraria; totale retribuzione percepita; importo contributi versati; firma per ricevuta del lavoratore.
2. Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS.

Come ottenere il rimborso

Le domande di rimborso devono essere inoltrate in copia alla Società entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Z) Non autosufficienza, inabilità ed assistenza (Itc) (copertura operante per il solo titolare valida se espressamente richiamata nel certificato di assicurazione)

La garanzia opera esclusivamente per il titolare della polizza per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza") derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi prima della decorrenza della polizza è esclusa.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assicurato per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza".

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa. Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma assicurata

La Società, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assicurato un indennizzo annuo fisso, per un massimo di 3 anni, in relazione al livello di Protezione prescelto.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione. La valutazione verrà fatta sulla base della tabella "Attribuzione del punteggio nella fase di accertamento della perdita di autosufficienza" di cui all'Allegato n.3, applicata dal medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza. In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

Modalità di erogazione delle prestazioni di non autosufficienza (LTC).

La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma rimborsuale, nel limite del massimale previsto per la garanzia.

Massimale della non autosufficienza (LTC)

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di €3.000,00 per nucleo per un massimo di 3 anni.

ESTENSIONI DI GARANZIA

Sono inclusi nell'assicurazione:

- le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza;
- gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza.

4) DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 2) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto alle garanzie "Diagnostica Odontoiatrica"; "Ortodonzia"; "Prestazioni di ortodonzia", "Prestazioni di implantologia", "Avulsioni" e "Prestazioni Odontoiatriche particolari";
- 3) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 4) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- 5) è i ricoveri causati dalla necessità dell'Isritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Isritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 6) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

- 7) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- 8) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- 9) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti;
- 10) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
- 11) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 12) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- 13) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

5) ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

6) LIMITI DI ETÀ

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni. Per gli Assicurati che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto.

7) PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile. Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dall'art. "Esclusioni".

8) COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

La presentazione della denuncia con relativa prescrizione medica e documentazione di spesa implica contestualmente la chiusura del sinistro. Pertanto, l'invio di ulteriore documentazione dopo che è stata presentata la denuncia equivale a tutti gli effetti ad apertura di un nuovo sinistro. Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo Assicurato e ad un solo evento patologico.

Per tutte le prestazioni - ove previste franchigie e scoperti differenti in caso di prestazioni e in forma diretta o forma rimborsuale - nel caso in cui l'Assistito fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance dovrà contattare la Centrale Operativa e potrà scegliere di eseguire le prestazioni in un qualsiasi centro di sua preferenza, nella sua provincia, inviando successivamente la richiesta di rimborso.

Il rimborso verrà effettuato con applicazione delle condizioni (franchigie e/scoperti) come se fosse avvenuto in assistenza diretta.

8.1 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

L'Assicurato, per effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni, dovrà accedere alla propria Area Riservata del sito www.blueassistance.it o tramite APP di Blue Assistance almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione.

L'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve selezionare: – l'Assicurato per cui si richiede la prestazione

- la tipologia di prestazione richiesta
- la data della prestazione
- la struttura presso la quale verrà effettuata la prestazione

Completata la sezione dati, l'Assicurato deve allegare la prescrizione medica riportante la prestazione da effettuare, la diagnosi/quesito diagnostico e l'eventuale documentazione integrativa utile per la valutazione della prestazione.

Una volta confermati ed inviati i dati inseriti tramite l'apposito pulsante, il sistema invierà la richiesta di attivazione a Blue Assistance.

Blue Assistance fornirà all'Assicurato una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 48 ore prima della prestazione.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, l'Assicurato si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione", che costituisce la prima denuncia del sinistro.

Al momento della dimissione l'Assicurato deve sostenere in proprio le eventuali spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).

Blue Assistance provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; Blue Assistance curerà in seguito la restituzione all'Assicurato della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione. Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che Blue

REALE GROUP

TOGETHER MORE

Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto, prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti. Blue Assistance è comunque a completa disposizione del Contraente e degli Assicurati per qualsiasi informazione inerente alla prestazione dei servizi.

Resta inteso che:

- nel caso in cui Blue Assistance non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese, la cui rimborsabilità sarà valutata a posteriori da Blue Assistance;
- rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa.
- l'Assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance, delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;
- qualora il sinistro risultasse non indennizzabile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati esclusivamente per informazioni ai seguenti numeri telefonici:

DALL'ITALIA: 800.166.659

DALL'ESTERO: +39 011.74.17.421

8.2 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E/O MEDICI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

L'Assicurato dovrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it, oppure tramite l'APP di Blue Assistance.

Per ottenere il rimborso, l'Assicurato, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà presentare la seguente documentazione giustificativa:

- Documentazione medica.
- Prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile.
- Documentazione di spesa quietanzata (fatture, notule, ricevute) fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.
- Cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
- Relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito.
- Certificato del medico oculista o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previsti dall'opzione prescelta).
- Copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
- Quant'altro necessario ai fini della corretta valutazione della pratica di rimborso.
- Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati esclusivamente per informazioni ai seguenti numeri telefonici:

DALL'ITALIA: 800.166.659

DALL'ESTERO: +39 011.74.17.421

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.

Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

La diagnosi della patologia deve essere sempre fornita, pena la decadenza del diritto all'indennizzo.

Ricevuta la documentazione completa di cui sopra (medica e di spesa), Blue Assistance provvede al rimborso delle spese indennizzabili a termini di polizza entro il termine di 30 giorni.

Rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa.

Qualora la presente polizza sia stata attivata dal Contraente in forma a primo rischio e l'Assicurato ottenga, per il tramite di altra copertura assicurativa, il rimborso delle spese sostenute, Reale Mutua garantisce il rimborso dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico, purché indennizzabile a termini di polizza, nell'ambito del massimale al 100% (non verranno applicati scoperti/franchigie). A tal fine l'Assicurato deve inoltrare a Blue Assistance la denuncia corredata dalla documentazione medica e di spesa con evidenza degli importi già erogati da altro Ente in favore dell'Assicurato.

8.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve inoltre:

- Sottoporsi, anche in fase di ricovero, ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o suoi incaricati, fornendo ogni informazione che la stessa ritenga necessaria.
- Sciogliere dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato.
- Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assicurato titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto per richiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.
- Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:
 - Certificato di morte dell'Assicurato.
 - Copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire.
 - In assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità.
 - Eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire
 - Fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede.
 - Dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione (CGA).

8.4 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra l'Assicurato e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

- a. Mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le parti.
- b. Mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione prevista dal precedente alinea, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio sono designati dalle parti stesse e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

8.5 COMMISSIONE DI GARANZIA

Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1 - 10121 Torino, e-mail: commissione.garanziaassicurato@realemutua.it. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.

Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.realemutua.it.

8.6 RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio “Buongiorno Reale” – Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d’Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: buongiornoreale@realemutua.it.

La funzione aziendale incaricata dell’esame e della gestione dei reclami è l’ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano.

Reale Mutua è tenuta a rispondere entro 45 giorni.

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all’IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

8.7 DATA DEL SINISTRO / EVENTO

Per i ricoveri s’intende il giorno di ingresso in istituto di cura o il giorno dell’intervento chirurgico; a tale data fanno riferimento tutte le spese connesse al sinistro/evento (precedenti al ricovero/intervento, durante il ricovero/intervento e successive al ricovero/intervento). Per le prestazioni Extra ricovero la data della prima prestazione sanitaria erogata inviate contemporaneamente.

8.8 ASSISTENZA

Reale Mutua eroga la prestazione di assistenza nel caso si renda necessaria a causa degli eventi di seguito indicati.

Per poterne usufruire il Beneficiario deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24 tutti giorni dell’anno, attivabile con le seguenti modalità:

telefono, ai numeri:

• **dall’Italia: Numero Verde: 800 092 092**

• **dall’estero: Prefisso internazionale: +39 011 74 25 555**

posta elettronica, all’indirizzo: assistenza@blueassistance.it

Comunicando:

- le proprie generalità
- il numero di polizza
- il tipo di assistenza richiesta
- il numero di telefono del luogo di chiamata e l’indirizzo, anche temporaneo.

CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di infortunio e/o malattia improvvisa. Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.

Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell’anno.

INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN’AMBULANZA

Qualora il Beneficiario richieda una visita medica presso la propria residenza nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico. Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con il Beneficiario, il trasferimento di quest’ultimo nella più vicina struttura sanitaria mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

INVIO DI UN MEDICO SPECIALISTA

Qualora il Beneficiario, al momento della dimissione da una struttura sanitaria, oppure in caso di non autosufficienza, necessità, come certificato da prescrizione medica, della visita di uno specialista presso la propria residenza, la Centrale Operativa, provvede a reperire e ad inviare un medico specialista. Qualora nessuno dei medici convenzionati sia immediatamente disponibile, in alternativa ed in accordo con il Beneficiario, la Centrale Operativa organizza il trasferimento di quest’ultimo nella più vicina struttura sanitaria mediante autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

PRENOTAZIONE DI VISITE ED ESAMI

Qualora il Beneficiario, a seguito di infortunio o malattia, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, dietro prescrizione del medico di base, la Centrale Operativa provvederà a prenotare le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate. La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi. Resta a carico del Beneficiario il costo delle visite mediche e/o degli esami.

ESCLUSIONI

Reale Mutua non presta le garanzie qualora il sinistro sia conseguenza di:

- a. inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- b. atti dolosi compiuti o tentati;
- c. partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
- d. atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- e. trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- f. guerre ed insurrezioni;
- g. stato di ubriachezza o sotto l'influenza di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico;
- h. pratica a titolo professionistico di sports in genere;
- i. pratica di paracadutismo e sports aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);
- j. partecipazione a gare e relative prove con veicoli o natanti a motore (mentre è compresa in garanzia la partecipazione a gare di regolarità pura).

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Per attivare la garanzia il Beneficiario deve contattare immediatamente la Centrale Operativa e deve inoltre:

- a. fornire ogni informazione richiesta;
- b. sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Centrale Operativa;
- c. produrre, se richiesta dalla Centrale Operativa, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;

Reale Mutua ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto di far valere in qualunque momento e in ogni caso eventuali eccezioni.

MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

Reale Mutua non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta del Beneficiario o per negligenza di questi. Reale Mutua non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

Allegato 1: Elenco Interventi Chirurgici

NEUROCHIRURGIA
Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
Asportazione tumori dell'orbita
Interventi di cranioplastica
Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
Interventi sul plesso brachiale
Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale
CHIRURGIA GENERALE
Ernia Femorale
Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
Nodulesctomia mammaria
OCULISTICA
Interventi per neoplasie del globo oculare
Intervento di enucleazione del globo oculare
OTORINOLARINGOIATRIA
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
Asportazione di tumori maligni del cavo orale
Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugotomia) e delle corde vocali (interventi di cordectomia)
Intervento demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Ricostruzione della catena ossiculare
CHIRURGIA DEL COLLO
Tiroidectomia totale
Interventi sulle paratiroidi
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO
Interventi per cisti o tumori del mediastino
Interventi per echinococchi polmonare
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Pneumectomia totale o parziale
CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE
Asportazione di tumore glomico carotideo
Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
Angioplastica con eventuale stent
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi

REALE GROUP

Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Safenectomia della grande safena
CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE
Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
Appendicectomia con peritonite diffusa
Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
Colectomie totali, emicolectomia e resezione retto coliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Drenaggio di ascesso epatico
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi con esofago plastica
Interventi di amputazione del retto-ano
Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per echinococcosi epatica
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
Interventi per neoplasie pancreatiche
Interventi per pancreatiche acute o croniche per via laparotomica
Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Intervento per mega-esofago
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Resezione gastrica
Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica
UROLOGIA
Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovesicoclectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia
GINECOLOGIA
Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
Isterectomia totale con eventuale annessectomia

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Interventi per sindrome del tunnel carpale
Intervento per dito a scatto
Intervento chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
Interventi per costola cervicale
Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero micro-vascolare
CHIRURGIA MAXILLO -FACCIALE
Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio
TRAPIANTI DI ORGANO
Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche

Allegato 2: Elenco Ricoveri medici

RICOVERI MEDICI
Fibrosi cistica
Ictus
Ischemia arterie vertebrali
Morbo di Parkinson
Paralisi
Sclerosi Multipla
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

Allegato 3 – Tabella A

TABELLA A - ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO NELLA FASE DI ACCERTAMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA		
Capacità di farsi il bagno		
Primo grado	L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	punteggio 0
Secondo grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	punteggio 5
Terzo grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	punteggio 10
Capacità di vestirsi e svestirsi		
Primo grado	L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	punteggio 0
Secondo grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	punteggio 5
Terzo grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	punteggio 10
Capacità di curare l'igiene del corpo		
Primo grado	L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da partedi terzi le seguenti attività: (1) andare al bagno; (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi; (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	punteggio 0
Secondo grado	L'Assicurato necessita di assistenza per almeno una e al massimo due delle suindicate attività (1), (2) e (3)	punteggio 5
Terzo grado	L'Assicurato necessita di assistenza per tutte le suindicate attività (1), (2) e (3)	punteggio 10
Capacità di assicurare la propria mobilità		
Primo grado	L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi	punteggio 0
Secondo grado	L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come, ad esempio, la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	punteggio 5
Terzo grado	L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi	punteggio 10
Capacità di continenza		
Primo grado	L'Assicurato è completamente continente	punteggio 0
Secondo grado	L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	punteggio 5
Terzo grado	L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	punteggio 10
Capacità di bere e mangiare		
Primo grado	L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	punteggio 0
Secondo grado	L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: sminuzzare/tagliare il cibo; sbucciare la frutta; aprire un contenitore/una scatola; versare bevande nel bicchiere	punteggio 5
Terzo grado	L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	punteggio 10

Allegato 4 – Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

PIANO SANITARIO DIPENDENTI – OPZIONE 1

Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

OSPEDALIERE

A) Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici)	v. elenco
Massimale	€90.000,00 anno/persona
In Rete	100%
<i>Fuori Rete</i>	scoperto 20% con minimo non indennizzabile di €2.000,00 e massimo €8.000,00 per intervento
<i>Misto</i>	scoperto 20% con minimo non indennizzabile di €2.000,00 e massimo €8.000,00 per intervento
<i>S.S.N.</i>	100%
Pre/Post	120 gg./120 gg.
Limite Retta di degenza fuori rete	€300,00 al giorno
Limite Accompagnatore (retta di vitto e pernottamento) fuori rete	€50,00 al giorno max. 30 gg.
Assistenza infermieristica privata individuale	€60,00 al giorno max. 30 gg.
B) Trasporto sanitario	€1.500,00 per ricovero
E) Indennità sostitutiva	€80,00 al giorno per i primi 30 gg., €100,00 al giorno dal 31° giorno, max. 100 gg.
D) Garanzia neonati (correzione malformazioni congenite)	nel primo anno di vita, sotto massimale €10.000,00 per neonato
F) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri chirurgici (da elenco)	entro i 120 gg. post ricovero solo in rete
H) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri medici (da elenco)	per un periodo di 60 gg., sotto massimale €5.000,00 per persona, solo in rete
G) Servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizi medico-riabilitativi, noleggio di ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne	per un periodo di 60 gg. successivi ai 120 gg. post ricovero

B) EXTRAOSPEDALIERE

I) Diagnostica	v. elenco
Massimale	€6.000,00 anno/persona
<i>In Rete</i>	franchigia €35,00 per accertamento o ciclo di terapia
<i>Ticket</i>	al 100%
J) Visite specialistiche	
Massimale	€700,00 anno/persona
<i>In Rete</i>	franchigia €20,00 per visita
<i>Ticket</i>	al 100%

K) Accertamenti diagnostici		
Massimale		€500,00 anno/persona franchigia €5,00
	<i>Ticket</i>	
L) Chemioterapia, radioterapia, dialisi		
Massimale		Nessuna franchigia €6.000,00 anno/persona con sottolimito €2.500 per terapie farmacologiche
	<i>solo rimborso</i>	
PACCHETTO MATERNITÀ		
M) Pacchetto maternità		
Massimale		€1.000,00 anno/evento
Prestazioni		- ecografie e analisi di laboratorio, amniocentesi/villocentesi/translucenza nucleare e ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto, recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N.
		- 4 visite di controllo ostetrico ginecologiche (elevate a 6 per gravidanza a rischio), controlli ostetrici, una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo/indolore
	<i>In Rete</i>	100%
	<i>Fuori Rete</i>	100%
	<i>Ticket</i>	100%
Parto:		€80,00 al giorno max. 7 giorni
ODONTOIATRIA		
P) Implantologia		
Massimale		€3.300,00 anno/persona, con sottomassimale €700,00 per unimpianto e €1.300,00 per 2 impianti
	<i>In Rete</i>	100%
Q) Avulsione		
Massimale		4 denti
	<i>In Rete</i>	100%
T) Prevenzione odontoiatrica		
Prestazioni		una visita odontoiatrica (+eventuale seconda visita) e contestuale seduta di ablazione tartaro scoperto 25%
	<i>In Rete</i>	
R) Diagnostica odontoiatrica		
Massimale		€400,00 anno/persona
Prestazioni		ortopantomografia, radiografie endorali, dentalscan
	<i>In Rete</i>	franchigia €35,00 per prestazione
	<i>Ticket</i>	al 100%
S) Ortodonzia		
Massimale		€700,00 anno/ persona
	<i>In Rete</i>	100%
PREVENZIONE		
U.1) Prevenzione cardiovascolare		
	<i>In Rete</i>	una volta l'anno, v. elenco 100%
U.2) Prevenzione oncologica		
	<i>In Rete</i>	una volta l'anno, v. elenco 100%
U.3) Prevenzione della sindrome metabolica		
	<i>In Rete</i>	una volta l'anno, v. elenco 100%

U.4) Prevenzione malattie respiratorie <i>In Rete</i>	una volta l'anno 100%
ALTRE PRESTAZIONI	
N) Protesi e ausili medici ortopedici Massimale <i>Fuori Rete</i>	€3.000,00 anno/persona scoperto 20%
V) Fisioterapia da infortunio o patologie particolari certificato di Pronto Soccorso redatto entro le 48 ore dall'evento traumatico Massimale <i>In Rete / Fuori Rete</i> <i>Ticket</i>	€500,00 anno/persona a Tariffario 100%
W) Agopuntura manu medica Massimale <i>Fuori Rete</i> <i>Ticket</i>	esclusivamente a fini antalgici €250,00 anno/persona 100% 100%
O) Lenti e occhiali Massimale <i>In Rete / Fuori Rete</i>	anche a contatto, escluse montature; nessuna limitazione sulla patologia €90,00 una volta ogni 3 anni/persona 100%
X) Pacchetti di riabilitazione e controllo Massimale	pacchetti alternativi tra loro €500,00 anno/pacchetto
Pacchetto 1: riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore <i>Fuori Rete</i> <i>Ticket</i>	attivabile a seguito di sindromi canalicolari polso/caviglia, tendiniti del polso e della mano, patologie infiammatorie della spalla, metatarsalgia, varici arti inferiori a Tariffario a Tariffario
Pacchetto 2: riabilitazione post-partum <i>Fuori Rete</i> <i>Ticket</i>	entro 6 mesi dal parto a Tariffario a Tariffario
Pacchetto 3: riabilitazione post menopausa <i>Fuori Rete</i> <i>Ticket</i>	a Tariffario a Tariffario
INVALIDITA' PERMANENTE	
Y) Invalidità permanente - invalidità da infortunio sul lavoro/malattie professionalicertificata dall'INAIL ≥ 80% - invalidità da patologia certificata dall'INPS ≥ 80%	v. elenco plafond di spesa una tantum di €6.000,00 per invalidità tra 80% e 90%/€8.000,00 per invalidità tra 91% e 100% per il rimborso di determinate prestazioni
SERVIZI AGGIUNTIVI	
Assistenza	prevista

PIANO SANITARIO DIPENDENTI – OPZIONE 2

Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

OSPEDALIERE

A) Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici)	v. elenco
Massimale	€100.000,00 anno/persona
<i>In Rete</i>	100%
<i>Fuori Rete</i>	scoperto 20% con minimo non indennizzabile di €2.000,00 e massimo €8.000,00 per intervento
<i>Misto</i>	scoperto 20% con minimo non indennizzabile di €2.000,00 e massimo €8.000,00 per intervento
<i>S.S.N.</i>	100%
<i>Pre/Post</i>	120 gg./120 gg.
Limite Retta di degenza fuori rete	€300,00 al giorno
Limite Accompagnatore (retta di vitto e pernottamento) fuori rete	€50,00 al giorno max. 30 gg.
Assistenza infermieristica privata individuale	€60,00 al giorno max. 30 gg.
B) Trasporto sanitario	€1.500,00 per ricovero
E) Indennità sostitutiva	€80,00 al giorno per i primi 30 gg., €100,00 al giorno dal 31° giorno, max. 100 gg.
D) Garanzia neonati (correzione malformazioni congenite)	nel primo anno di vita, sotto massimale €10.000,00 per neonato
F) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri chirurgici (da elenco)	entro i 120 gg. post ricovero solo in rete
H) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri medici (da elenco)	per un periodo di 60 gg., sotto massimale €5.000,00 per persona solo in rete
G) Servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizi medico-riabilitativi, noleggio di ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne	per un periodo di 60 gg. successivi ai 120 gg. post ricovero

EXTRAOSPEDALIERE

I) Diagnostica	v. elenco
Massimale	€6.000,00 anno/persona
<i>In Rete</i>	franchigia €25,00 per accertamento o ciclo di terapia
<i>Fuori Rete</i>	scoperto 25% con minimo €55,00 per prestazione
<i>Ticket</i>	100%
J) Visite specialistiche	
Massimale	€700,00 anno/persona
<i>In Rete</i>	100%
<i>Ticket</i>	100%
K) Accertamenti diagnostici	
Massimale	€500,00 anno/persona
<i>Ticket</i>	100%

L) Chemioterapia, radioterapia, dialisi		
Massimale	<i>solo a rimborso</i>	Nessuna franchigia €6.000,00 anno/persona con sottolimito €2.500 per terapie farmacologiche
PACCHETTO MATERNITÀ		
M) Pacchetto maternità		
Massimale		€1.000,00 anno/evento
Prestazioni		- ecografie e analisi di laboratorio, amniocentesi/villocentesi/translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto, recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N.
		- 4 visite di controllo ostetrico ginecologiche (elevate a 6 per Gravidanza a rischio), controlli ostetrici, una visita Anestesiologica in caso di programmazione del parto cesareo/indolore
	<i>In Rete</i>	100%
	<i>Fuori Rete</i>	100%
	<i>Ticket</i>	100%
Parto:		€80,00 al giorno max. 7 giorni
ODONTOIATRIA		
P) Implantologia		
Massimale		€3.500,00 anno/persona, con sottomassimale €750,00 per unimpianto e €1.350,00 per 2 impianti
	<i>In Rete</i>	100%
Q) Avulsione		
Massimale		4 denti
	<i>In Rete</i>	100%
T) Prevenzione odontoiatrica		
Prestazioni		una visita odontoiatrica (+eventuale seconda visita) e contestuale seduta di ablazione tartaro scoperto 25%
	<i>In Rete</i>	
R) Diagnostica odontoiatrica		
Massimale		€400,00 anno/persona
Prestazioni		ortopantomografia, radiografie endorali, dentalscan
	<i>In Rete</i>	franchigia €35,00 per prestazione
	<i>Ticket</i>	100%
S) Ortodonzia		
Massimale		€700,00 anno/persona
	<i>In Rete</i>	100%

INVALIDITÀ PERMANENTE**Y) Invalidità permanente**

- invalidità da infortunio sul lavoro/malattie professionali certificata dall'INAIL $\geq 80\%$
- invalidità da patologia certificata dall'INPS $\geq 80\%$

v. elenco
plafond di spesa una tantum di €
6.000,00 per invalidità tra 80% e
90%/€8.000,00 per invalidità tra 91%
e 100% per il rimborso di determinate
prestazioni

SERVIZI AGGIUNTIVI

Assistenza

Prevista

PIANO SANITARIO DIPENDENTI – OPZIONE 3

Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

A) OSPEDALIERE

A.1) Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici)	v. elenco
Massimale	€110.000,00 anno/persona
<i>In Rete</i>	100%
<i>Fuori Rete</i>	scoperto 20% con minimo non indennizzabile di €2.000,00 e massimo €8.000,00 per intervento
<i>Misto</i>	scoperto 20% con minimo non indennizzabile di €2.000,00 e massimo €8.000,00 per intervento
<i>S.S.N.</i>	100%
Pre/Post	120 gg./120 gg.
Limite Retta di degenza fuori rete	€300,00 al giorno
Limite Accompagnatore (retta di vitto e pernottamento) fuori rete	€50,00 al giorno max. 30 gg.
Assistenza infermieristica privata individuale	€60,00 al giorno max. 30 gg.
B) Trasporto sanitario	€1.500,00 per ricovero
E) Indennità sostitutiva	€80,00 al giorno per i primi 30 gg., €100,00 al giorno dal 31° giorno, max. 100 gg.
D) Garanzia neonati (correzione malformazioni congenite)	nel primo anno di vita, sotto massimale €10.000,00 per neonato
F) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri chirurgici (da elenco)	entro i 120 gg. post ricovero solo in rete
H) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri medici (da elenco)	per un periodo di 60 gg., sotto massimale €5.000,00 per persona solo in rete
G) Servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizi medico-riabilitativi, noleggio di ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne	per un periodo di 60 gg. successivi ai 120 gg. post ricovero

EXTRAOSPEDALIERE

I) Diagnostica	v. elenco
Massimale	€6.000,00 anno/persona
<i>In Rete</i>	franchigia €25,00 per accertamento o ciclo di terapia
<i>Fuori Rete</i>	scoperto 25% con minimo €55,00 per prestazione
<i>Ticket</i>	al 100%
J) Visite specialistiche	
Massimale	€700,00 anno/persona
<i>In Rete</i>	100%
<i>Ticket</i>	100%
K) Accertamenti diagnostici	
Massimale	€500,00 anno/persona
<i>Ticket</i>	100%

PREVENZIONE		
U.1) Prevenzione cardiovascolare		una volta l'anno, v. elenco
	<i>In Rete</i>	100%
U.2) Prevenzione oncologica		una volta l'anno, v. elenco
	<i>In Rete</i>	100%
U.3) Prevenzione della sindrome metabolica		una volta l'anno/ogni 6 mesi
	<i>In Rete</i>	100%
U.4) Prevenzione malattie respiratorie		una volta l'anno
	<i>In Rete</i>	100%
ALTRE PRESTAZIONI		
N) Protesi e ausili medici ortopedici		
Massimale		€3.000,00 anno/persona
	<i>Fuori Rete</i>	scoperto 20%
V) Fisioterapia da infortunio o patologie particolari		
certificato di Pronto Soccorso redatto entro le 48 ore dall'evento traumatico		
Massimale		€500,00 anno/persona
	<i>In Rete / Fuori Rete</i>	a Tariffario
	<i>Ticket</i>	100%
W) Agopuntura manu medica		esclusivamente a fini antalgici
Massimale		€250,00 anno/persona
	<i>In Rete / Fuori Rete</i>	100%
	<i>Ticket</i>	100%
O) Lenti e occhiali		anche a contatto, escluse montature; nessuna limitazione sulla patologia
Massimale		€90,00 una volta ogni 3 anni/persona
	<i>In Rete / Fuori Rete</i>	100%
X) Pacchetti di riabilitazione e controllo		pacchetti alternativi tra loro
Massimale		€500,00 anno/pacchetto
Pacchetto 1: riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore		attivabile a seguito di sindromi canalicolari polso/caviglia, tendiniti del polso e della mano, patologie infiammatorie dellaspalla, metatarsalgia, varici arti inferiori
	<i>Fuori Rete</i>	a Tariffario
	<i>Ticket</i>	a Tariffario
Pacchetto 2: riabilitazione post partum		entro 6 mesi dal parto a Tariffario
	<i>Fuori Rete</i>	a Tariffario
	<i>Ticket</i>	a Tariffario
Pacchetto 3: riabilitazione post menopausa		
	<i>Fuori Rete</i>	a Tariffario
	<i>Ticket</i>	a Tariffario

INVALIDITÀ PERMANENTE

Y) Invalidità permanente - invalidità da infortunio sul lavoro/malattie professionali certificate dall'INAIL $\geq 80\%$ - invalidità da patologia certificata dall'INPS $\geq 80\%$	v. elenco plafond di spesa una tantum di € 6.000,00 per invalidità tra 80% e 90%/€8.000,00 per invalidità tra 91% e 100% per il rimborso di determinate prestazioni
Z) Non autosufficienza, inabilità ed assistenza (LTC) (garanzia non operativa) Condizioni	Rata annua di €3.000,00 max. 3 anni Solo titolare 4 ADL su 6 ADL
SERVIZI AGGIUNTI VI	
Assistenza	prevista