



PIANO SANITARIO PER IL NUCLEO FAMILIARE

Realizzato in esclusiva per



A chi è rivolto

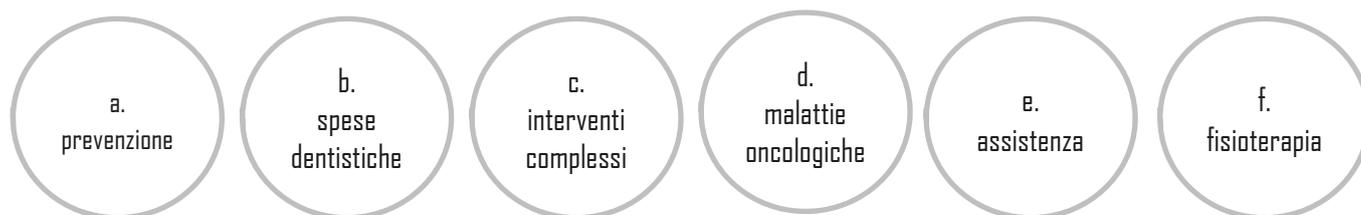
Il Piano Sanitario **MUTUALL FOR ALL** è rivolto al titolare dell'adesione - Socio Ordinario - e al suo nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia.

Le prestazioni sono valide per i Soci residenti in Italia o cittadini stranieri residenti in Italia al momento dell'adesione e dell'eventuale rinnovo; qualora vi sia una variazione in corso d'anno, le prestazioni saranno operanti sino alla scadenza dello stesso.

Il presente Piano Sanitario è frutto della collaborazione di più Enti in osservanza della Legge 15/4/1886 n.3818 e succ. modif. adeguata al Decreto legge 18/10/2012 art.23 circa la "Mutualità mediata" così da consentire l'erogazione di Prestazioni Sanitarie Integrative e Sostitutive dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Le prestazioni

Il presente Piano Sanitario garantisce ai componenti del nucleo familiare le seguenti prestazioni sempre operanti:



in opzione è possibile ampliare le prestazioni aderendo a due pacchetti di garanzie:

OPZIONE EXTRA



OPZIONE VITA INTERA



Adesione contestuale ad altri Piani Sanitari

Ad esclusione delle prestazioni presenti in MUTUALL FOR ALL, l'Aderente deve comunicare per iscritto al CDS l'esistenza e la successiva stipulazione di altri Piani Sanitari o assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa della comunicazione può comportare la perdita del diritto al rimborso. In caso di sinistro il Contraente o l'Aderente deve darne avviso a tutti gli enti, indicando a ciascuno di essi il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Decorrenza delle prestazioni

Prevenzione	La garanzia decorre dal 150° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione.
Spese Dentistiche	La garanzia decorre dal primo giorno del secondo mese seguente alla data di decorrenza del Piano Sanitario (<i>esempio: decorrenza piano sanitario 20 Aprile, decorrenza servizio 1 Giugno</i>)
Grandi interventi chirurgici e malattie oncologiche	La garanzia decorre dalle ore 24,00: a) del giorno di pagamento del contributo per gli infortuni; b) del 30° giorno successivo a quello di pagamento del contributo per le malattie di acuta insorgenza; c) del 100° giorno successivo a quello di pagamento del contributo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente all'adesione al piano sanitario, non conosciute e/o non diagnosticate al momento del pagamento del contributo; d) del 270° giorno successivo a quello di pagamento del contributo per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, la garanzia decorre dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza del contratto, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data. Per le malattie che si manifestano durante il periodo di aspettativa non è previsto alcun rimborso.
Assistenza e Fisioterapia	a) per i servizi di consulenza e supporto e per gli infortuni dal momento in cui ha effetto l'adesione; b) per le malattie dal 150° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione.
Opzione Extra	a) per gli infortuni dalle ore 24 del momento in cui ha effetto l'adesione; b) per le malattie dal 150° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione; c) per le malattie conseguenti a stati patologici latenti, insorti anteriormente alla sottoscrizione del Piano Sanitario e non ancora manifestatisi, certa la non conoscenza del Socio, dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'adesione. d) per il parto cesareo dal 300° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione; e) per l'aborto terapeutico o spontaneo post-traumatico, la garanzia è operante dal 30° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a tale data.
Opzione Vita Intera	La garanzia decorre dalle ore 24,00: a) del giorno di pagamento del contributo per gli infortuni; b) del 30° giorno successivo a quello di pagamento del contributo per le malattie di acuta insorgenza; c) del 100° giorno successivo a quello di pagamento del contributo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente all'adesione al piano sanitario, non conosciute e/o non diagnosticate al momento del pagamento del contributo; d) del 270° giorno successivo a quello di pagamento del contributo per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, la garanzia decorre dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza del contratto, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data. Per le malattie che si manifestano durante il periodo di aspettativa non è previsto alcun rimborso.

Fino a quando si può beneficiare

Prevenzione	Le prestazioni si intendono operanti fino ai 75 anni di età.
Spese Dentistiche	Le prestazioni si intendono operanti senza limiti di età.
Grandi Interv. chirurgici e malattie oncologiche	Le garanzie si intendono operanti fino alla prima scadenza annuale successiva al raggiungimento del 75° anno di età.
Assistenza e Fisioterapia	Le prestazioni si intendono operanti dal giorno del compimento del 18° anno d'età, fino al 31.12 dell'anno del raggiungimento del 75° anno di età.
Opzione Extra	Le prestazioni si intendono operanti dal giorno del compimento del 18° anno d'età, fino al 31.12 dell'anno del raggiungimento del 75° anno di età.
Opzione Vita Intera	Le prestazioni si intendono operanti senza limiti di età.

Dove

Prevenzione	In Italia presso il network di centri convenzionati
Spese Dentistiche	In Italia presso il network di centri convenzionati
Grandi Interventi chirurgici e malattie oncologiche	La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento in Euro.
Assistenza e Fisioterapia	<p>Per le prestazioni di Assistenza e Fisioterapia la copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.</p> <p><i>Per le prestazioni di Assistenza, la copertura è valida per eventi verificatisi in tutti i Paesi del mondo ad esclusione di: Afganistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, fatta salva l'eventuale limitazione indicata nelle singole Prestazioni.</i></p> <p>Non sono fornite Prestazioni e/o garanzie in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi indicati nel sito http://www.exclusiveanalysis.com/list/cargo che riportano un grado di Rischio uguale o superiore a 4.0.</p>
Opzione Extra	La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento in Euro.
Opzione Vita Intera	La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento in Euro.

Come accedere alle prestazioni

Le prestazioni possono essere erogate nelle seguenti forme:

- **Dirette:** Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati;
- **Indirette:** Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati;
- **Miste:** Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati;
- **Servizio Socio Sanitario Nazionale:** Utilizzo di strutture del S.S.N.

Cosa fare per usufruirne

L'evento oggetto di copertura deve essere denunciato a CDS da parte del Socio o dai suoi aventi diritto non appena ne abbiano la possibilità e comunque entro 6 mesi dall'evento stesso.

Il diritto alla richiesta di rimborso si prescrive nel termine di due anni decorrente dalla data in cui si è verificato l'evento. Il tutto in applicazione di disciplina e termini indicati nel Regolamento.

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

Il Socio, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici indicati da CDS e qualsiasi indagine o accertamento che CDS ritenga necessari; pertanto, questi dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici e, inoltre, si dovrà fornire a CDS ogni documento, fattura, notule, referto che permettano la corretta valutazione della pratica di rimborso/indennizzo.

Potrà essere richiesta ulteriore documentazione che il Socio sarà tenuto a trasmettere entro 2 mesi dalla richiesta. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla liquidazione. In seguito alla valutazione della documentazione pervenuta si procederà all'erogazione dell'importo.

Prestazioni dirette

Valide solo con l'opzione EXTRA o VITA INTERA

Prima di un ricovero, prima di essere sottoposto ad un intervento chirurgico o, ancora, prima di una prestazione extraospedaliera, il Socio deve contattare preventivamente la Centrale Salute per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione provvisoria ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta, con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi, telefonando al Numero Verde:

800 593 282

+39 081.420.11.25 dall'Estero
dal Lunedì al Venerdì dalle 09,30 alle 17,30.

L'autorizzazione è provvisoria in quanto è comunque subordinata all'esame di tutta la documentazione richiesta dalla Centrale Salute.

Il Socio dovrà fornire alla Centrale Salute le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- documentazione sanitaria relativa alla prestazione.

Il Socio, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la pre-attivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.fondosanitario.com

In caso di urgenza o di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Salute sarà possibile richiedere il pagamento diretto anche a ricovero avvenuto, salvo far pervenire la

documentazione e la richiesta alla Centrale Salute entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e, comunque, prima delle dimissioni dalla Struttura

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali il Socio sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Salute.

Qualora il Socio acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Salute, la prestazione si considererà ricevuta in regime di prestazione indiretta, con pagamento anticipato da parte del Socio e rimborso al medesimo.

A prestazione avvenuta, il Socio dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso.

Prestazioni indirette

Per ottenere il rimborso, il Socio, al termine del ciclo di cure e non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di Richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la documentazione giustificativa indicata di seguito.

Documentazione medica

- Prescrizione 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. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre, la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.
- Cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento sia diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato ricovero né Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso. È considerato ricovero la permanenza in Pronto Soccorso in osservazione breve e intensiva con pernottamento superiore alle dodici ore, a seguito di presentazione di verbale di 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, intendendosi comunque escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari (garanzia attiva aderendo all'opzione EXTRA).
- Quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

Documentazione di spesa quietanzata

- Fatture, notule e ricevute emesse da Istituto di Cura e da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita 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 direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge (ivi compreso sul documento fiscale la presenza di marca da bollo, benchè si tratti di un costo non rimborsabile da CDS) e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

CDS si riserva il diritto di verificare l'autenticità della documentazione ricevuta.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà da parte di CDS di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

La somma spettante al Socio è calcolata con detrazione di eventuali somme a carico del Socio stesso. Il modulo di rimborso, reperibile mediante il Socio Sostenitore afferente oppure sull'Area Riservata, unitamente alla documentazione sopradescritta, può essere inviato in forma cartacea al seguente indirizzo: CDS - Via dei Tribunali, 253 NAPOLI

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, il Socio, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine il Socio dovrà accedere, previa autenticazione, alla propria Area Riservata dal sito www.fondosanitario.com ; in tale Area si può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

Per il Socio è disponibile anche l'invio attraverso e-mail all'indirizzo: centralesalute@fondosanitario.com

Assistenza mista

Valida solo con l'opzione EXTRA o VITA INTERA

In caso di utilizzo di strutture o équipe medica non convenzionate (cosiddetta assistenza "mista": per esempio pagamento diretto alla struttura convenzionata e pagamento a rimborso per le spese dell'équipe medica non convenzionata), la Centrale Salute stessa comunicherà, sempre in via provvisoria, la presa in carico dei costi esclusivamente per la parte in convenzione, mentre il costo delle strutture/équipe medica non convenzionate sarà sostenuto direttamente dal Socio, ove ne ricorrano i presupposti, il quale potrà richiederne il rimborso secondo quanto previsto dal presente Piano sanitario. La Centrale Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili in base ai termini fissati dal presente Piano Sanitario, secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi utilizzata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico del Socio le eventuali somme previste nel presente Piano Sanitario, nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

Prima di un ricovero o prima di essere sottoposto ad un intervento chirurgico o, ancora, prima di una prestazione extra-ospedaliera, per quanto riguarda la parte convenzionata il Socio deve contattare preventivamente la Centrale Salute per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta, con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi, telefonando al numero verde:

800 593 282

+39 081.42.11.25 dall'Estero
dal Lunedì al Venerdì dalle 09,30 alle 17,30.

L'autorizzazione è provvisoria, in quanto è comunque subordinata all'esame di tutta la documentazione richiesta dalla Centrale Salute.

Il Socio dovrà fornire alla Centrale Salute le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- documentazione sanitaria relativa alla prestazione.

Il Socio deve comunicare preventivamente alla Centrale Salute qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata in via provvisoria.

Il Socio, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la pre-attivazione con modalità telematica accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.fondosanitario.com .

In caso di urgenza o di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Salute sarà possibile richiedere il pagamento diretto anche a ricovero avvenuto, salvo far pervenire la documentazione e la richiesta alla Centrale Salute entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e, comunque, prima delle dimissioni dalla Struttura.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali il Socio sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Salute.

Qualora il Socio acceda a Strutture Sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Salute, la prestazione si considererà ricevuta in regime di prestazione indiretta, con pagamento anticipato da parte del Socio e rimborso al medesimo.

A prestazione avvenuta, il Socio dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso.

Per ottenere, invece, il rimborso della parte non convenzionata, il Socio, al termine del ciclo di cure e non appena sarà disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di Richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

Documentazione medica

- Prescrizione 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. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

Inoltre, la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite. Si precisa che non sono ammessi gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

- Cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento sia diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerata ricovero nè Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso. È considerato ricovero la permanenza in Pronto Soccorso in osservazione breve e intensiva con pernottamento superiore alle dodici ore, a seguito di presentazione di verbale di 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 previsto dal Piano Sanitario), intendendosi comunque escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari.

- Quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

Documentazione di spesa quietanzata

- Fatture, notule e ricevute emesse da Istituto di Cura e da Centro Medico, inteso per tale la Struttura sanitaria, anche non adibita 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 direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

CDS si riserva il diritto di verificare l'autenticità della documentazione ricevuta.

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.

La somma spettante al Socio è calcolata con detrazione di eventuali somme a carico del Socio stesso. Il modulo di rimborso, reperibile mediante il Socio Aderente presso cui si è stipulata l'adesione, unitamente alla documentazione sopra descritta, può essere inviato in forma cartacea al seguente indirizzo seguente: CDS – Via dei Tribunali, 253 NAPOLI

In alternativa alla procedura di rimborso cartacea, il Socio, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine il Socio dovrà accedere alla propria Area Riservata dal sito www.fondosanitario.com ; in tale Area il Socio può accedere, altresì, alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso. Per il Socio è disponibile anche l'invio attraverso e-mail all'indirizzo: centralesalute@fondosanitario.com.

Il Socio è tenuto a collaborare per il più corretto svolgimento delle attività di assistenza, a fornire alla Centrale Salute qualsiasi informazione riguardante le circostanze e le conseguenze dell'evento coperto dalle prestazioni erogate, oltre alle informazioni complementari che la stessa dovesse richiedere, a presentare i documenti (denunce, certificati, fatture, ricevute fiscali, ecc...) che giustifichino sia il verificarsi degli eventi coperti dall'opzione sia le spese rimborsabili ai sensi della stessa e a collaborare per facilitare le azioni che CDS intende intraprendere per limitare le conseguenze dell'evento coperto dalle prestazioni erogate.

Il Beneficiario che dolosamente non adempie ai predetti obblighi perde il diritto al rimborso o alla prestazione; se il Beneficiario omette colposamente di adempiere, CDS ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Aderenti al Piano Sanitario (articolo valido per tutte le sezioni)

Possono aderire al Piano Sanitario le persone che al momento dell'Adesione abbiano un'età compresa tra i 18 ed i 65 anni e che non siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, si applica quanto disposto dagli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Minorenni

A parziale deroga dell'articolo precedente, i minorenni possono aderire al Piano Sanitario quali componenti del nucleo familiare senza contributo aggiuntivo.

Per i minorenni aderenti alla sezione VITA INTERA sarà dovuto un contributo annuo aggiuntivo che sarà costante fino al compimento dei 18 anni, dopodiché il contributo annuo sarà quello stabilito in base all'età.

Dettaglio delle prestazioni

a. PREVENZIONE

a.1) PREVENZIONE ANNUALE

Viene garantita una volta all'anno e per una persona appartenente al nucleo familiare uno tra i percorsi di prevenzione previsti da effettuarsi presso le strutture convenzionate, fruibile senza alcun esborso.

Il percorso di prevenzione sono composti dalle seguenti prestazioni:

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

(per tutti gli Assistiti a prescindere dal sesso)

Esame del sangue con i seguenti accertamenti: omocisteina, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, VES ed esame delle urine;

Visita cardiologia con ECG;

Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici;

Rx del torace;

Ecografia addome superiore;

Elettromiografia

PERCORSO ONCOLOGICO

(per gli Assistiti di sesso maschile e di età superiore ai 45 anni):

Accertamento dell'antigene prostatico specifico;

Ecografia delle vie urinarie;

PERCORSO ONCOLOGICO

(per gli Assistiti di sesso femminile di età superiore ai 40 anni):

visita ginecologia comprensiva dei relativi accertamenti (pap-test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale).

PERCORSO PER LA DEGENERAZIONE DELLA STRUTTURA OSSEA

DOC;

MOC.

L'elenco delle strutture cui poter effettuare il Percorso scelto è: www.cds.centriconvenzionati.it

a.2) SHOW YOUR CARD

La seconda prestazione di prevenzione è la possibilità, semplicemente esibendo la card salute all'accettazione presso i centri convenzionati, di accedere alle seguenti cure ed accertamenti a tariffe agevolate.

Possono essere prenotati i seguenti servizi Sanitari ed Assistenziali:

SERVIZI SANITARI

- Visite specialistiche
- Analisi di laboratorio
- Accertamenti diagnostici
- Ricoveri
- Interventi
- Day Hospital
- Terapie fisiche

SERVIZI ASSISTENZIALI

- Case di riposo
- RSA
- Centri diurni
- Lungodegenze riabilitative

L'elenco dei centri convenzionati (Network Medico) è disponibile sul sito www.fondosanitario.com o direttamente al link:

<http://www.myassistance.it/networks/network-medicale/elenco-strutture.html>

b. SPESE DENTISTICHE

Il servizio riservato agli Aderenti al Piano Sanitario MUTUALL FOR ALL ed erogato all'interno del network di dentisti odontoiatri convenzionati comprende due tipi di prestazioni:

- 1) Prestazioni senza costo (S/C)
- 2) Prestazioni a costo convenzionato

L'informativa completa, l'elenco dei dentisti presenti nel network, l'elenco sempre aggiornato delle prestazioni offerte senza costo, o con quota a carico o escluse è disponibile sul sito www.adegroup.eu o direttamente al link: <http://www.grup-ade.es/ItaliaPD/>

Descrizione del Servizio

Con l'adesione al Piano Sanitario e finché lo stesso è in vigore, si offre il servizio "Spese Dentistiche" che permette di:

A) fruire a propria semplice richiesta di una serie di prestazioni odontoiatriche rese dalla rete di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati disponibili sul sito www.adegroup.eu per qualsiasi esigenza di cura dentaria.

B) beneficiare per le prestazioni del paragrafo precedente delle particolari condizioni di tariffa fortemente agevolate, descritte nel presente disciplinare o reperibili sul sito www.adegroup.eu al seguente link:

<http://www.adegroup.eu/it/home/glossario-trattamenti/gmx-niv50.htm> che specifica analiticamente il costo di ciascuna. Le prestazioni con indicazione S/C (senza compenso) sono gratuite. Le prestazioni non riportate nel piano tariffario sono escluse.

Il servizio "Spese Dentistiche" sarà fornito a decorrere dal primo giorno del secondo mese seguente alla data di decorrenza del Piano Sanitario (esempio: decorrenza card 20 Aprile, decorrenza servizio 1 Giugno); in caso di successive proroghe annuali, il servizio sarà fornito senza interruzioni a decorrere dall'inizio di ciascuna annualità prorogata.

Modalità di Erogazione

In caso di necessità di cure dentarie, il Socio deve richiedere un appuntamento nei giorni lavorativi al dentista convenzionato identificandosi come Socio del Piano Sanitario MUTUALL For All. Il Socio riceverà un preventivo dettagliato e dopo averlo valutato sceglierà se accettarlo o meno.

In qualunque momento potrà essere richiesta al Socio prova dell'esistenza in vigore del Piano Sanitario MUTUALL FOR ALL

Qualora non possa presentarsi ad un appuntamento prenotato, il Socio ha l'onere di avvisare in anticipo il dentista convenzionato o in alternativa contattare il numero 02-87394965

C. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

C.1) Oggetto della Garanzia - Prestazioni e somme a disposizione

In caso di ricovero in Istituto di cura che dia luogo ad un Grande Intervento Chirurgico, compreso tra quelli contenuti nell'Allegato 1 Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici, reso necessario da:

a) malattia;

b) infortunio, compresi:

- quelli causati da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;

- quelli derivanti da stato di guerra (dichiarata e non dichiarata), da insurrezione e da occupazione militare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace;

- quelli derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni che colpissero l'Assicurato al di fuori della regione dove si trova il suo comune di residenza;

CDS rimborsa, sino a concorrenza di **Euro 100.000,00** che deve intendersi quale disponibilità unica per sinistro, per anno di garanzia e per nucleo familiare, le spese sanitarie sostenute:

punto 1)

- per gli onorari dei chirurghi, dei medici e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;

- per i diritti di sala operatoria ed il materiale d'intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;

- per l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;

- per le rette di degenza, fino a concorrenza della somma di **Euro 350,00 giornalieri**;

punto 2)

- per il prelievo di organi o di parte di essi;

- per il ricovero relativo al donatore di organi e gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali e le rette di degenza;

punto 3)

- per gli accertamenti diagnostici e relativi onorari medici, effettuati nei 4 mesi precedenti il ricovero, purché direttamente inerenti all'infortunio o alla malattia che origina il ricovero stesso;

- per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), avvenuti nei 4 mesi successivi alla data di dimissione, purché direttamente conseguenti all'infortunio o alla malattia che ha originato il ricovero stesso;

punto 4)

- per i "tickets", purché relativi alle prestazioni di cui ai precedenti punti 1), 2) e 3);

punto 5)

- per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 30 giorni successivi alla data di dimissione, fino alla concorrenza del limite di **Euro 2.400,00**;

punto 6)

- per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera, di un accompagnatore dell'Assicurato, per un periodo non superiore a 3 mesi anche non consecutivi, per evento, col massimo di **Euro 100,00 giornalieri** se il ricovero avviene in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano, e di **Euro 150,00** se il ricovero avviene all'estero;

punto 7)

- per il trasporto dell'Assicurato effettuato con qualsiasi mezzo (anche aereo) in Istituto di cura, in Italia o all'estero, il trasferimento da un Istituto di cura all'altro ed il ritorno a casa, nonché le spese di viaggio opportunamente documentate, sostenute da un accompagnatore: il tutto fino ad un massimo di **Euro 1.500,00** .

C.2) Indennità sostitutiva

Qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, avrà diritto ad un'indennità di **Euro 150,00** per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, con un massimo di 3 mesi per anno assicurativo.

Copertura gratuita per i neonati

Qualora sia assicurato l'intero nucleo familiare del Contraente, come da Stato di Famiglia, le garanzie di cui agli artt. C.1 e C.2 sono valide immediatamente e gratuitamente anche per i figli neonati per le stesse somme previste per la madre.

Tale estensione di garanzia opera a condizione che l'assicurazione nei confronti della madre sia in corso da oltre 1 anno e cessa, per il neonato, con effetto dalla prima rata di scadenza annuale successiva alla nascita del figlio.

d. MALATTIE ONCOLOGICHE

Oltre a quanto previsto nella sezione c. Grandi Interventi Chirurgici, CDS in caso di diagnosi di una malattia oncologica, rimborsa anche le spese sostenute:

1. per gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e relativi onorari medici;
2. per le visite specialistiche e tutte le terapie riconosciute dalla medicina ufficiale (radianti, chemioterapiche ed altro) rese necessarie dalla malattia e sostenute entro 2 anni dalla cessazione del ricovero.

La Società rimborsa le predette spese anche in caso di ricovero senza intervento chirurgico o con intervento non rientrante nella definizione di Grande Intervento Chirurgico.

Questa estensione di garanzia è operante anche nel caso in cui la malattia oncologica venga diagnosticata durante un ricovero originato da diversa malattia ed ha effetto dal giorno di accettazione nell'Istituto di cura.

Esclusioni

ESCLUSIONI

- I) le conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del piano sanitario e già note all'Associato anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza della Società anche successivamente attraverso questionario anamnestico, cartelle cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Associato prima della stipulazione del piano sanitario.
- II) le malformazioni e anomalie congenite ad eccezione di quelle clinicamente non evidenti;
- III) le malattie, infortuni, e loro conseguenze dovuti a: tentato suicidio, alcoolismo e tossicodipendenza, malattie/infermità mentali, sindromi organico cerebrali (di tipo psichiatrico), schizofrenia, disturbi paranoidei, forme maniaco depressive, ivi compresi i comportamenti nevrotici, risse, delitti, aggressioni o atti violenti anche a movente politico (salvo partecipazione involontaria), atti di guerra, terrorismo e sabotaggio, operazioni militari, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o altre calamità naturali, malattie e infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.) salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- IV) la sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- V) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, allucinogeni, anfetamine e simili, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti o, in caso di uso terapeutico, assunte con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste dalla scheda tecnica del farmaco;
- VI) le conseguenze della pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti, anche se esercitati non professionalmente: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme e arti marziali, alpinismo con scalata di roccia od accesso ai ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, free-climbing, kayak, rafting, jumping, bob,

rugby e football americano, immersione con autorespiratore, motocross, giri su pista, paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi i voli con deltaplano, ultraleggeri e simili);

VII) le conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di veicoli o natanti se il conducente è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi con un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,2 grammi/litro;

VIII) gli infortuni e loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare, relative prove ed allenamenti effettuate sotto l'egida della federazione sportiva di appartenenza, salvo che si tratti di gare podistiche, pesca non subacquea, gare di bocce, tiro con l'arco, tennis, golf, sci di fondo, pattinaggio; sono inoltre esclusi gli infortuni e le loro conseguenze derivanti da sport in ordine ai quali l'Associato percepisca una remunerazione, salvo patto speciale;

IX) le prestazioni aventi finalità estetiche e le relative conseguenze (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni verificatisi in vigenza di piano sanitario o da interventi demolitivi resi necessari da neoplasia maligna, esclusa, in ogni caso, la manutenzione delle protesi);

X) le cure dentarie di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, con o senza intervento chirurgico anche se effettuate in istituti di cura con ricovero, cure parodontali, e le relative conseguenze anche patologiche; sono incluse le spese previste nell'apposita sezione "Spese Dentistiche" e, se operativa la garanzia Vita Intera limitatamente alla persona indicata, le spese previste alla lettera n);

XI) le protesi in genere nonché acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici;

XII) i soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo, cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, ospedali militari, ospizi per le persone anziane, ricoveri dovuti alla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana. Sono inoltre esclusi i ricoveri per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, ginnastica passiva, sauna, autoemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia;

XIII) la riabilitazione e fisioterapia; la presente esclusione non si applica a quanto previsto alla garanzia f.Fisioterapia e se operativa la garanzia Vita Intera limitatamente alla persona indicata, come previsto alla lettera i);

XIV) gli aborti, salvo le cure per aborto terapeutico effettuate entro il territorio della Repubblica Italiana;

XV) le prestazioni finalizzate al trattamento della sterilità, impotenza, nonché tutte le procedure per la fecondazione assistita;

XVI) i medicinali non iscritti alla farmacopea, come pure preparati non riconosciuti;

XVII) gli onorari dei medici non autorizzati ad esercitare la professione;

XVIII) le malattie e/o infortuni intenzionalmente procurati;

XIX) la correzione dei difetti di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, ecc.).

e. ASSISTENZA

Vengono prestate a favore dei componenti il nucleo familiare le seguenti prestazioni di Assistenza sanitaria e alla persona:

e.1) Informazioni sanitarie

La Centrale Salute, su semplice richiesta telefonica del Socio, tramite l'equipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'Estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture Sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

La Prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali.

e.2) Consigli medici telefonici generici e specialistici

Se il Socio necessita di una consulenza medica generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Centrale Salute, che forniranno informazioni e consigli circa la Prestazione più opportuna da effettuare in favore del Socio.

e.3) Invio di un medico generico a domicilio o di un'autoambulanza

Se a seguito di malattia o infortunio il Socio, trovandosi in Italia, necessita di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 nei giorni feriali o durante i giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Salute provvederà a inviare, a spese di CDS, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Centrale Salute organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento del centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

e.4) Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso

Se il Socio, a seguito di malattia o infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la Centrale Salute provvederà a inviarla direttamente, tenendo a carico di CDS la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 300 (trecento) km di percorso complessivo (casa – ospedale e ritorno).

e.5) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Se il Socio, a seguito di malattia o infortunio, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la Centrale Salute, previa analisi del quadro clinico del Socio e d'intesa con il medico curante, provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia del Socio;
- organizzare il trasporto del Socio con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni: aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei); aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella; treno, prima classe e, occorrendo, il vagone letto; autoambulanza (senza limiti di chilometraggio); assistere il Socio durante il trasporto con personale medico o paramedico ove necessario.

e.6) Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando il Socio, a seguito di malattia o infortunio, in conseguenza della prestazione indicata "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Centrale Salute provvederà al suo rientro con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni: aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella; treno, prima classe, e, occorrendo, vagone letto; autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Salute ed effettuato a spese di CDS medesima, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

e.7) Assistenza infermieristica presso l'istituto di cura

Se a seguito di malattia o infortunio il Socio, durante un periodo di ricovero in istituto di cura, necessita di essere assistito da un infermiere, la Centrale Salute provvederà al suo reperimento. CDS ne assume le spese fino a un massimo di € 500 (cinquecento) per Socio e per anno.

e.8) Invio di medicinali urgenti

Se a seguito di malattia o infortunio il Socio necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzate in Italia ma ir reperibili sul posto, la Centrale Salute provvederà a inviarle con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali). Restano a carico del Socio i costi dei prodotti medicinali stessi.

e.9) Invio di un infermiere a domicilio

Se il Socio, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessita di essere seguito da un infermiere, la Centrale Salute provvederà al suo reperimento. CDS ne assume le spese fino a un massimo di € 500 (cinquecento) per Socio e per anno.

e.10) Rientro sanitario (anche dall'Estero)

Se a seguito di malattia o infortunio le condizioni del Socio, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Salute e il medico curante sul posto, rendono necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Centrale Salute provvederà a effettuare il trasporto con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente e scelto tra uno dei seguenti: aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei); aereo di linea classe economica, eventualmente in barella; treno prima classe e, occorrendo, vagone letto; autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Salute e le spese relative restano a carico di CDS, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria. Se il Socio è rientrato a spese di CDS, il medesimo ha diritto di richiedergli, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla Prestazione le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici curanti, possono essere curate sul posto o che non impediscono al Socio di proseguire il viaggio, e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali. La Prestazione inoltre non è dovuta nel caso in cui il Socio o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale il Socio è ricoverato.

e.11) Rientro anticipato

Se il Socio, trovandosi in viaggio, rientra alla propria residenza prima della data che aveva programmato e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa della morte avvenuta in Italia, come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la Centrale Salute provvederà a fornirgli, con spese a carico di CDS, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, affinché possa raggiungere il luogo dove è deceduto in

Italia il familiare o dove viene sepolto. Nel caso in cui il Socio viaggiasse con un minore, purché in copertura con la presente adesione, la Centrale Salute provvederà a far rientrare entrambi. Se il Socio si trovasse nella impossibilità a utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la Centrale Salute gli metterà a disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso.

Sono esclusi i casi in cui il Socio non possa fornire alla Centrale Salute adeguate informazioni sui motivi che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato. CDS ne assume le spese fino a un massimo di € 500 (cinquecento) per nucleo familiare e per anno.

e.12) Recupero e rimpatrio salma

Se a seguito di malattia o infortunio il Socio è deceduto, la Centrale Salute organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo CDS proprio carico le relative spese fino a un massimo di € 10.000 (diecimila) per Evento, anche se sono coinvolti più Soci.

Se tale Prestazione comporta un esborso maggiore di tale importo, la Prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Centrale Salute avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono inoltre comprese le eventuali spese per il recupero della salma con il sotto limite di € 2.000 (duemila) per Evento, anche se sono coinvolti più Soci. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

e.13) Prolungamento del soggiorno all'Estero

Se il Socio in viaggio non è in grado di intraprendere il rientro al proprio domicilio alla scadenza stabilita in conseguenza di malattia o infortunio, la Centrale Salute organizzerà il prolungamento del soggiorno in albergo tenendo CDS a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione fino a un massimo di 5 (cinque) giorni successivi alla data stabilita per il rientro e fino a un massimo di € 100 (cento) al giorno per Socio. La Prestazione è operante quando l'Evento si verifica all'Estero.

e.14) Rientro degli altri Soci

In caso di rientro sanitario del Socio in base alle condizioni previste nel precedente punto Rientro Anticipato, se le persone in viaggio con il Socio, purché anch'esse comprese in copertura con la presente adesione, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la Centrale Salute provvede a fornire loro un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, per rientrare alla propria residenza in Italia. CDS terrà a proprio carico il costo dei biglietti fino a un importo massimo di € 500 (cinquecento) per Socio. La Centrale Salute avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

e.15) Assistenza di un interprete all'Estero

Se il Socio in viaggio, in caso di ricovero in ospedale per malattia o infortunio, trova difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Salute provvederà a inviare un interprete. CDS terrà a proprio carico le spese per un massimo di 8 ore lavorative per Evento.

e.16) Viaggio di un familiare e spese di soggiorno

Se a seguito di malattia o infortunio il Socio necessita di un ricovero in un istituto di cura per un periodo superiore a 10 (dieci) giorni, la Centrale Salute metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere il Socio ricoverato. CDS terrà a proprio carico il relativo costo. Se il Socio necessita di Assistenza personale, la Centrale Salute provvederà inoltre a ricercare e prenotare un albergo per il familiare tenendo CDS a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione fino a un massimo per Evento di € 100 (cento) per notte e per un massimo di 3 (tre) notti.

e.17) Anticipo spese mediche

Se il Socio deve sostenere delle spese mediche impreviste e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, CDS anticipa, per conto del Socio, il pagamento delle fatture a esse relative fino a un importo massimo di € 500 (cinquecento) per Evento. Se l'ammontare delle fatture supera l'importo di € 500 (cinquecento), la Prestazione viene erogata dopo che siano date alla Centrale Salute garanzie di restituzione delle somme stesse. L'importo delle fatture pagate da CDS non potrà mai comunque superare la somma di € 2.600 (duemilaseicento). La Prestazione viene fornita a condizione che il Socio sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata. La Prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'Estero comporta violazione delle disposizioni in materia di antiriciclaggio.

Il Socio deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato. Il Socio deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente. La garanzia è operante quando l'Evento si verifica a oltre 50 (cinquanta) km dal comune di residenza del Socio.

e.18) Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente

Se il Socio convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di malattia o infortunio, la Centrale Salute provvederà a inviare presso il domicilio del Socio un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente. CDS terrà a proprio carico l'onorario fino a un massimo di € 500 (cinquecento) per Evento. Per non autosufficiente si intende la persona invalida che necessita di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'Asl di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (legge 104/92).

e.19) Accompagnamento di minori

Se il Socio in viaggio accompagnato da minori di 15 anni, purché in copertura con la presente adesione, si trova nell'impossibilità di occuparsi di loro, a giudizio di un sanitario che lo ha in cura, in seguito a malattia o infortunio, la Centrale Salute provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere a un familiare residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. CDS terrà a proprio carico il relativo costo. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

Il Socio deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la Centrale Salute possa contattarlo e organizzare il viaggio.

e.20) Baby-sitter per minori

Se il Socio, a seguito di malattia o infortunio, viene ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni, oppure, a seguito di un ricovero in istituto di cura, è temporaneamente invalido, e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 (quindici) anni, la Centrale Salute segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova il Socio, compatibilmente con le disponibilità locali.

CDS terrà a proprio carico le relative spese fino a un massimo di € 100,00 (cento) al giorno e per un massimo di 5 (cinque) giorni per Evento.

e.21) Collaboratrice familiare

Se il Socio, a seguito di malattia o infortunio, è stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni e sia temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Centrale Salute segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

CDS terrà a proprio carico le relative spese fino a un massimo di € 100,00 (cento) al giorno e per un massimo di 5 (cinque) giorni per Evento.

e.22) Consulenza pediatrica

Se il Socio, a seguito di malattia o infortunio del proprio figlio necessita di un consulto telefonico urgente e non riesce a reperire il proprio medico pediatra specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Salute che valuteranno quale sia la Prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

e.23) Seconda Opinione Medica

La Centrale Salute, attraverso i propri medici, mette a disposizione del Socio il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute. Il Socio, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeutamente potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Centrale Salute per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti. Per beneficiare della Prestazione, il Socio o il medico curante dovranno:

- spiegare ai medici della Centrale il caso clinico,
- compilare il questionario che sarà appositamente fornito,
- mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso.

La Centrale Salute procede alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvede all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettua la seconda opinione medica mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico del Socio.

Il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico del Socio e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito e che saranno forniti alla Centrale Salute dal Socio, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per la Prestazione del servizio. La risposta in forma scritta e in lingua inglese con annessa traduzione in italiano, della SECONDA OPINIONE MEDICA sarà trasmessa dalla Centrale Salute al Socio o al suo medico di fiducia nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque al massimo entro 40 giorni feriali. Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà del Socio chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Centrale Salute ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o videoconferenza. Concordata con la Centrale Salute e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Centrale Salute metterà a disposizione del Socio e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante...) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla centrale di telemedicina, alla videoconferenza. CDS terrà a proprio carico le relative spese sino a un massimo di € 800 (ottocento) per evento.

La Prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

f. FISIOTERAPIA

Se il Socio, a seguito di una malattia o di un infortunio, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, necessita di essere seguito da un terapeuta della riabilitazione, CDS rimborsa i Soci (non in forma diretta) l'importo di € 300,00 (trecento) per Nucleo Familiare e per anno qualora i medesimi si rivolgano presso qualunque centro convenzionato con la Centrale Salute, anche a domicilio. Qualora i

Soci si rivolgano ad un fisioterapista di loro fiducia non convenzionato, il suddetto limite è ridotto a € 250,00 (duecentocinquanta) per Nucleo Familiare e per anno.

Le prestazioni opzionali

Il Socio può, al momento dell'adesione al Piano Sanitario, decidere di ampliare le proprie garanzie attraverso le prestazioni previste dall'**OPZIONE EXTRA** (MEDICINA E CURE e EXTRAOSPEDALIERE) o dalla **OPZIONE A VITA INTERA** (PRESTAZIONI A VITA INTERA e TELEMEDICINA) o da entrambe le opzioni.

Opzione EXTRA

g. MEDICINA E CURE

Prestazione erogata in abbinamento a h. EXTRAOSPEDALIERE

Durante il ricovero o l'intervento chirurgico, anche in Day Hospital/Day Surgery, CDS rimborsa le spese sostenute per:

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

a tutti i componenti del nucleo familiare, così come definito nel presente disciplinare, e fino alla somma complessiva annua di **50.000€**.

g.1) Ricoveri con o senza intervento chirurgico

La copertura opera, nei limiti e fino alla concorrenza dei massimali stabiliti, per le Prestazioni riportate nella presente tabella riassuntiva:

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	SERVIZIO SOCIO SANITARIO NAZIONALE
Massimo indennizzo 50.000€ Pagamento del 100% in strutture convenzionate	Massimo indennizzo 50.000€ Rimborso del 70% in strutture non convenzionate con minimo € 2.500,00 a carico del Socio	Massimo indennizzo 50.000€ Rimborso del 70% sulla parte convenzionata Rimborso del 50% con minimo € 2.500 a carico del Socio sulla parte non convenzionata	Massimo indennizzo 50.000€ Rimborso del 100% per spese pre e post (60 giorni) ricovero/intervento Oppure Indennità sostitutiva del rimborso pari a 50 € al giorno per un massimo di 30 giorni

g.2) Spese pre e post ricoveri con o senza interventi chirurgici

In relazione a tali prestazioni, CDS rimborsa le spese sostenute:

- nei 60 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico in Day Hospital/Day Surgery per:
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché dette prestazioni siano inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico in day hospital;
- nei 60 giorni successivi il ricovero o l'intervento chirurgico, anche in Day Hospital/Day Surgery, entro i giorni in seguito specificati successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura o all'intervento chirurgico, per:
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata, entro 60 giorni;
- assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza del Socio in conseguenza di intervento chirurgico, infortunio, ictus cerebrale o infarto cardiaco, entro 60 giorni;
- prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da intervento chirurgico, infortunio, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco, dell'intervento chirurgico entro 60 giorni.

g.3) Indennità sostitutiva del rimborso delle spese inerenti il ricovero

Qualora le spese di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, CDS corrisponde, in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte ai punti precedenti, l'indennità sostitutiva di **50 €** per ciascun pernottamento in Istituto di Cura, con il massimo di 30 pernottamenti per periodo di copertura, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

In caso di Day Hospital/Day Surgery l'indennità sostitutiva viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna, con il massimo di 30 giorni per periodo di copertura.

Nel caso in cui le spese inerenti ai punti precedenti fossero superiori all'importo del rimborso di cui sopra, la Centrale Salute provvederà al rimborso delle citate spese.

h. EXTRAOSPEDALIERE

Prestazione erogata solo con g. MEDICINA E CURE

CDS dedica un plafond per periodo di copertura e per nucleo familiare di **€ 300,00** relativamente a Prestazioni di Alta Specializzazione, Lenti e Ticket nei limiti di seguito indicati:

h.1) Prestazioni fuori ricovero di Alta Specializzazione

CDS rimborsa il 60% delle spese sostenute fino ad un massimo di **€ 300,00** per le seguenti prestazioni sanitarie effettuate in strutture convenzionate con a carico del Socio un minimo di € 30,00:

- ECOGRAFIA;
- ECODOPPLER;
- ECOCARDIOGRAFIA;
- ELETTROCARDIOGRAFIA;
- ELETTROENCEFALOGRAFIA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;
- TAC.

Le spese per le sopraindicate prestazioni sanitarie saranno rimborsabili unicamente se le stesse risulteranno essere state prescritte dal medico curante o da un medico specialista

h.2) Lenti

CDS rimborsa l'acquisto di lenti correttive di vizi della vista, clinicamente accertati, escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari, con il limite di **€ 100,00** nella misura del 50% della spesa. Tale

spesa sarà rimborsabile se risultante da certificato del medico oculista o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus.

h.3) Rimborso ticket

CDS rimborsa al Socio le spese sostenute per ticket sanitari nella misura del 50% fino ad un massimo di **€ 100,00** per periodo di copertura e per nucleo familiare.

h.4) Protesi anatomiche ed apparecchi acustici

CDS rimborsa nella misura del 50% fino all'ammontare di € 300,00 le spese sostenute per:

- l'acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche
- l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche
- l'acquisto di amplificatori acustici
- il noleggio di apparecchiature per emodialisi
- l'acquisto o il noleggio di erogatori portatili di ossigeno per la terapia di malattie bronco polmonari.

h.5) Prestazioni Specialistiche

CDS rimborsa nella misura del 70% le spese specialistiche fino all'ammontare di **€ 150,00** per anno e per nucleo Familiare.

Le spese per le sopraindicate prestazioni saranno rimborsabili unicamente se le stesse risulteranno essere state prescritte dal medico curante o da un medico specialista.

Esclusioni

La copertura non comprende le spese per:

- le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori, conosciute e diagnosticate, al momento dell'adesione;
- l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della copertura.
- infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
- gli infortuni derivanti da sport aerei o da partecipazione a corse/gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
- gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche;
- gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie, ortodontiche e delle paradontopatie;
- l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
- le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dal Socio;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- le conseguenze di guerra, insurrezione, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;

- le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
- le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Opzione VITA INTERA

i. PRESTAZIONI A VITA INTERA

Prestazione erogata solo con I. TELEMEDICINA

La somma a disposizione del Socio aderente all'Opzione a vita intera del presente piano sanitario è suddivisa in base alle prestazioni richieste:

- **Voce 1 "Spese Sanitarie"** = retta di degenza, visite mediche, accertamenti diagnostici:

rimborso giornaliero per tutti i giorni di ricovero.

- **Voce 2 "Spese di intervento chirurgico"** = onorario del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, diritti di sala operatoria, materiali di intervento comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento ed inoltre il trapianto di organi sia quando l'Aderente è donatore vivente sia quando è ricevente; in quest'ultimo caso sono anche comprese le spese per il prelievo e il trasporto di organi. **Il rimborso avviene secondo la natura dell'intervento chirurgico fino alla concorrenza della prestazione corrispondente al Gruppo di Appartenenza dell'Intervento.**

- **Voce 3 "Massimale integrativo"** = per ogni ricovero ad integrazione della voce 1 "Spese Sanitarie" e della voce 2 "Spese di Intervento Chirurgico".

TIPOLOGIA PRESTAZIONI			PRESTAZIONI 2017
VOCE 1	SPESE SANITARIE	UNICO PER NOTTE	250 €
VOCE 2	SPESE DA INTERVENTO CHIRURGICO	1° GRUPPO	2.500 €
		2° GRUPPO	6.250 €
		3° GRUPPO	8.750 €
		4° GRUPPO	17.500 €
		5° GRUPPO	25.000 €
VOCE 3	MASSIMALE INTEGRATIVO	UNICO PER RICOVERO	2.500 €

Secondo le seguenti modalità, sono inoltre comprese le spese relative a:

a) **Colpa Grave** - le garanzie del presente piano sanitario s'intendono operanti anche in caso di "Colpa Grave" dell'Aderente.

b) **Day Hospital** - rimborso delle spese relative alle visite ed accertamenti diagnostici che comportano una diagnosi **fino alla concorrenza di due volte la voce 1 "Spese sanitarie"**.

c) **Day Surgery** - rimborso delle spese di intervento chirurgico ambulatoriale, retta di degenza, esami e visite relativi al medesimo intervento effettuati nei 30 giorni immediatamente precedenti e successivi all'intervento chirurgico, nonché degli accertamenti definiti all'interno del libretto "Elenco delle Prestazioni Medico Chirurgiche".

Il rimborso avviene secondo la natura dell'intervento chirurgico fino alla concorrenza della prestazione corrispondente al Gruppo di Appartenenza dell'Intervento.

d) **Spese pre-post ricovero** - rimborso di visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 100 giorni precedenti e successivi ad un **ricovero con intervento chirurgico, purché queste prestazioni siano ad esso inerenti. Rimborso fino alla concorrenza di sei volte la voce 1 "Spese sanitarie"**.

e) **Parto naturale o fisiologico** - rimborso **fino alla concorrenza di Euro 2.500,00**.

f) **Parto Cesareo** - rimborso **fino alla concorrenza di Euro 5.000,00**.

g) **Trasporto in Istituto di cura** - rimborso delle spese di trasporto dell'Aderente 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 ritorno alla propria abitazione **fino alla concorrenza di sei volte la voce 1 "Spese sanitarie"**.

h) **Ricoveri per ictus cerebrale e infarto del miocardio** - a seguito di un ricovero, senza intervento chirurgico, in base a quanto previsto dal Piano sanitario, viene messo a disposizione un ulteriore importo **pari al "Massimale integrativo"**.

i) **Riabilitazione e Fisioterapia** - rimborso delle spese sostenute per cure riabilitative o trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati o durante il ricovero o nei 100 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di cura. Tali prestazioni sono riconosciute se effettuate successivamente ad un ricovero che ha comportato un intervento chirurgico e siano ad esso riconducibili. Esse dovranno essere prescritte dal medico curante e praticate da personale abilitato anche in ambito domiciliare **fino alla concorrenza annua di un importo pari a quindici volte la voce 1 "Spese sanitarie"**.

La presente prestazione rientra in garanzia anche se effettuata a seguito Day Surgery o sia ad esso riconducibile fino alla concorrenza del 50% del massimale previsto al precedente comma.

j) **Indennità sostitutiva** - l'Aderente in alternativa al rimborso delle spese previste alla voce 1, 2 e 3 o nel caso non abbia sostenuto alcuna spesa **può chiedere il pagamento di una indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero pari al 50% della voce 1**. Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital.

k) **Malattie oncologiche** - rimborso delle visite specialistiche, accertamenti, cicli di radioterapia o similari (cobaltoterapia, Roentgen terapia) e di chemioterapia, intendendosi per tali non la singola

applicazione, ma l'insieme delle applicazioni stabilite dai sanitari, effettuate ambulatorialmente, **fino alla concorrenza annua di un importo pari a dieci volte la voce 1 "Spese sanitarie"**.

l) Assistenza domiciliare per malattie terminali - rimborso delle spese sostenute dall'Aderente per assistenza domiciliare continuativa, medica od infermieristica, fornita da idonee strutture sanitarie, all'uopo costituite e la cui attività sia legalmente riconosciuta, **fino ad un massimo di Euro 150,00 al giorno per un massimo di 100 giorni per evento**.

m) Assistenza infermieristica privata - rimborso delle spese sostenute dall'Aderente per assistenza infermieristica professionale privata sia durante il ricovero che nei 100 giorni successivi alla dimissione **fino alla concorrenza di Euro 2.000,00 per anno**.

n) Cure dentarie a seguito d'infortunio - a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di Piano Sanitario e **documentato da apposito verbale di Pronto Soccorso Pubblico**, la Società rimborsa le spese sostenute per eseguire cure dentarie direttamente conseguenti all'infortunio subito, comprese protesi dentarie purché fisse e inamovibili, **fino alla concorrenza, per evento e per anno assicurativo, di un importo pari al "Massimale integrativo"**.

o) Ricoveri d'urgenza - per ricoveri urgenti che dovessero verificarsi durante un soggiorno all'estero (con esclusione della Repubblica di San Marino, della Città del Vaticano e dei Paesi dell'Est Europeo non facenti parte della Comunità Economica Europea) **la prestazione relativa alla voce 3 del massimale integrativo si intende triplicata**.

p) Supporto psicologico - rimborso di sedute specialistiche in caso di diagnosi di: Sclerosi multipla, Neoplasia maligna, Ictus cerebrale, Morbo di Parkinson, Infarto miocardio acuto, Patologia coronarica che richieda intervento chirurgico, Paralisi a seguito di infortunio, **fino alla concorrenza annua di un importo pari a tre volte la voce 1 "Spese sanitarie"**.

q) Alta diagnostica - In caso di malattia o infortunio non comportanti ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per effettuare gli esami successivamente definiti **fino alla concorrenza di Euro 1.500,00 per persona e per anno**. Il rimborso verrà effettuato previa applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 50,00. Nel caso in cui l'Aderente si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, CDS rimborsa integralmente i tickets sanitari dell'Aderente.

- ESAMI RADIOGRAFICI CON MEZZO DI CONTRASTO

- SCINTIGRAFIA

- ECOCARDIOGRAFIA

- ECOGRAFIA INTRAVASCOLARE

- ECOGRAFIA TRANS-ESOFAGEA

- ECOGRAFIA ENDO-CAVITARIA

- ECO DOPPLER ED ECO-COLOR-DOPPLER

- ECOCONTRASTOGRAFIA

- TAC (Tomografia Assiale Computerizzata)
- RMN (Risonanza Magnetica Nucleare)
- PET (Tomografia ad emissione di positroni)
- SPET (Tomografia ad emissione di fotone singolo)
- FLUORANGIOGRAFIA OCULARE

CRITERIO ANALOGICO = Gli accertamenti diagnostici che richiedono tecnologie uguali o più complesse rispetto a quelle necessarie per gli esami e gli accertamenti elencati e che comportino onorari pari o superiori secondo quanto previsto dal D.P.R.10/11/1965 n. 1763 e successive modifiche, sono compresi nel piano sanitario anche se non espressamente riportati in elenco.

Franchigia fissa su ogni sinistro

A seguito di ogni sinistro indennizzabile, si prende atto che il rimborso delle spese avverrà **previa detrazione di una franchigia fissa di Euro 2.500,00 su ogni sinistro**. Tale franchigia non si applica:

- alla “Indennità sostitutiva” (prevista al punto j);
- all’“Alta diagnostica” (prevista al punto q);

Indicizzazione

Ad ogni scadenza annuale le somme assicurate, il contributo, i minimi e i massimi di scoperto e i limiti di indennizzo espressi in misura fissa sono soggetti ad adeguamento in proporzione al numero indice “servizi sanitari e spese per la salute” rappresentato dalla media dei numeri indice “onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica” rilevati dall’ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto con il minimo del 2,5%. L’indicizzazione si effettua per la prima volta nel secondo anno ponendo a raffronto l’indice riportato nel certificato del Piano Sanitario riferito alla sezione VITA INTERA corrispondente a quello del mese di giugno dell’anno precedente a quello di stipulazione con quello del mese di giugno successivo a quello riportato nel piano sanitario.

Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale del contributo successiva al 31 dicembre dell’anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l’ultimo indice che ha dato luogo a variazione. L’adeguamento delle prestazioni assicurative avviene senza limite di età, senza nuova carenza per le maggiori prestazioni e prescindendo da eventuali aggravamenti dello stato di salute dell’Aderente avvenuti successivamente alla stipulazione del piano sanitario.

Ai fini dell’indicizzazione del contributo viene presa come base di calcolo dell’adeguamento il contributo che il Contraente dovrebbe corrispondere in relazione all’età dell’Aderente al momento dell’adeguamento.

Proroga del piano sanitario - Obbligo al rinnovo da parte della Società

CDS si obbliga a rinnovare il piano sanitario ad ogni scadenza contrattuale per tutto il periodo in cui resta in vita l’Aderente ed alle condizioni di contributo derivanti dall’applicazione del punto precedente “Indicizzazione”, ferme restando le altre Condizioni del Piano Sanitario.

Il Contraente, indipendentemente dalla durata del contratto, ha facoltà di recedere dal piano sanitario ad ogni scadenza annuale inviando disdetta mediante lettera raccomandata al CDS almeno 60 giorni (2 mesi) prima della scadenza annuale.

In assenza di tale comunicazione il piano sanitario è prorogato per 365 giorni (1 anno) e così successivamente.

I. TELEMEDICINA

Prestazione in abbinamento con i. PRESTAZIONI A VITA INTERA

Con la sottoscrizione del piano sanitario, l'Aderente ha diritto ad usufruire dei seguenti servizi:

1) CARTELLA MEDICA PERSONALE E CARD SALVAVITA

1.a Cartella Medica Personale

La Cartella Medica Personale è uno strumento che permette di conservare, in modo informatizzato e protetto, tutta la propria storia medica personale, consentendo l'accesso ai dati al personale medico per un consulto in caso di emergenza e non, attraverso i codici riportati sulla card salvavita (vedi paragrafo successivo).

1.b Card Salvavita

La card Salvavita è una tessera contenente i dati necessari al personale medico in caso di emergenza (gruppo sanguigno, allergie, sito internet a cui accedere in caso di emergenza e relative USER ID e Password di emergenza).

Modalità di attivazione del servizio:

L'Aderente riceve dalla Società, insieme al piano sanitario, la card Salvavita riportante il codice identificativo personale. Tale codice, mediante l'accesso al sito www.uniqagroup.it, consentirà all'Aderente, seguendo le istruzioni riportate sul sito medesimo, di attivare la propria Cartella Medica Personale, nella quale potrà inserire la propria storia sanitaria e gli esiti degli esami clinici effettuati. Sulla Card Salvavita sarà inoltre indicato il sito web e la password di emergenza che permetterà al personale medico di accedere, in sola lettura, ai dati che l'Aderente stesso ha espressamente identificato come dati da "mostrare in emergenza".

2) TELECONSULTO POST INTERVENTO/RICOVERO - "Visual Medicare"

A seguito di ricovero ospedaliero per malattia e/o infortunio che abbiano comportato intervento chirurgico classificato dal IV al V gruppo all'interno dell'"Elenco prestazioni medico chirurgiche" riportato nell'Allegato 2 al presente fascicolo, l'Aderente potrà richiedere l'attivazione dei servizi di "teleconsulto" e di "telemonitoraggio" attraverso la comunicazione audiovisiva con il Centro Medico di Medic4All ed attraverso l'utilizzo del kit "VISUALMEDICARE" per il rilevamento dei seguenti parametri:

- Pressione arteriosa;
- Frequenza cardiaca;
- Frequenza respiratoria;
- ECG.

Modalità di attivazione del servizio:

a) L'Aderente dovrà comunicare, almeno 48 ore prima delle dimissioni dall'Ospedale, alla Centrale Operativa di Medic4all, la propria volontà ad usufruire del servizio di Teleconsulto. L'Aderente comunica inoltre alla Centrale Operativa il numero di piano sanitario, il domicilio presso il quale sarà installato il kit "VISUALMEDICARE" e invia tramite fax alla Centrale Operativa copia della lettera di dimissioni rilasciata dall'Ospedale, comprovante il diritto all'utilizzo del servizio.

b) La Centrale Operativa concorda con l'Aderente la data di attivazione del servizio.

c) Alla data concordata, un operatore autorizzato si recherà presso il domicilio dell'Aderente, installerà il Kit "VISUALMEDICARE" composto da Gateway, MedicEye, Miniclinic, sfigmomanometro (per i soli casi in cui l'intervento/ricovero sia relativo a patologie riguardanti l'apparato respiratorio o cardiocircolatorio il kit sarà composto da Gateway, MedicEye, bilancia e Wristclinic che consente inoltre il monitoraggio della saturazione del sangue, oltre ai parametri già citati), fornirà le istruzioni e le indicazioni per l'utilizzo ed effettuerà, insieme all'Aderente, il primo collegamento con il centro medico operativo.

d) Nelle tre settimane successive alla data di dimissioni dall'Ospedale, l'Aderente potrà usufruire del servizio di teleconsulto che gli permetterà, utilizzando gli strumenti di monitoraggio forniti, di inviare i dati rilevati con le apparecchiature al Centro Medico di Medic4All che li commenterà direttamente, in videoconferenza, con l'Aderente e provvederà a collocare gli stessi nella "Cartella Clinica Web".

3) SERVIZI DI PROTEZIONE IN VIAGGIO

3.a Tele-farmacologia con sms medicale

Se l'Aderente si trova all'estero e ha bisogno di conoscere il nome commerciale locale di un farmaco o del corrispondente principio attivo, è a sua disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, il servizio di tele-farmacologia con SMS medicale che gli consente di ottenere tale informazione.

Modalità di erogazione

- L'Aderente dovrà chiamare il numero verde riportato sulla CARD consegnata insieme al piano sanitario e richiedere l'attivazione del servizio di tele-farmacologia con sms medicale.
- Un medico della centrale segnala entro 30 minuti all'Aderente il corrispettivo nome commerciale locale del farmaco richiesto (o del principio attivo) con un sms, un fax o un'e-mail.

3.b Tele-prescrizione medica multilingue

Se l'Aderente si trova all'estero e ha bisogno di assumere un farmaco (OTC) senza avere la ricetta medica con sé, è a sua disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, il servizio di tele-prescrizione medica multilingue.

Modalità di erogazione

- L'Aderente dovrà chiamare il numero verde riportato sulla CARD consegnata insieme al piano sanitario e richiedere l'attivazione del servizio di tele-prescrizione medica multilingue.
- Un medico compila la prescrizione medica necessaria, indicando anche il dosaggio consigliato, e la invia entro 30 minuti all'Aderente per fax o e-mail.

- Il medico invia inoltre all'Aderente la ricetta (del farmaco OTC) scritta nella lingua del luogo con l'indicazione del nome commerciale locale del farmaco o del principio attivo.
- Nel caso in cui il farmaco richiesto non sia commercializzato nel Paese dove l'Aderente si trova, verrà fornita l'indicazione di un prodotto analogo.

3.c Medic Eye

In caso di necessità, anche urgente, l'Aderente ha, 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, in Italia o nel mondo, la possibilità di parlare, in lingua italiana, con un medico della centrale medica, di poterlo vedere e consultare attraverso un video consulto internet. In tal modo l'Aderente riceverà il supporto medico necessario ed eventualmente i consigli per il trattamento.

Modalità di erogazione

- L'Aderente dovrà chiamare il numero verde riportato sulla CARD consegnata insieme al piano sanitario e collegarsi alla sua cartella medica personale.
- La centrale di telemedicina comunica all'Aderente il numero della sala web attivo all'interno della sua cartella medica on line, attraverso la quale avverrà il video consulto medico.
- L'appuntamento con il medico è previsto entro un tempo massimo di 40 minuti.

Glossario

ACCREDITAMENTO CON S.S.N

Utilizzo di strutture sanitarie private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni in regime di accreditamento.

CARTELLA CLINICA

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

CDS

CDS La Città del Sole (di seguito denominato CDS) con sede in Napoli, Via dei Tribunali, 253 c/o Pio Monte della Misericordia.

CENTRALE SALUTE

La Centrale Salute, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Soci Ordinari di CDS e a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi – in regime rimborsuale e di assistenza diretta.

DATA DI ADESIONE

Il primo giorno del mese successivo rispetto alla data di sottoscrizione.

DATA DI EFFETTO GARANZIA

Vedasi definizione Termini di Aspettativa/ Carenza.

DATA DI SOTTOSCRIZIONE

La data in cui il contratto è stipulato.

DAY HOSPITAL / DAY SURGERY

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

EVENTO

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

INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

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

INDENNIZZO

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

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

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

ISTITUTO DI CURA

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

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MASSIMALE

La disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile per il Socio per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nel periodo di copertura.

MODALITÀ D'INDENNIZZO

- Forma diretta: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria e al medico convenzionati;
- Forma indiretta: Rimborso al Socio delle spese sostenute per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento;
- Forma Mista: Pagamento parte in forma diretta (indennizzo diretto alla struttura e/o medico convenzionato) parte in forma indiretta (rimborso delle spese da effettuarsi dopo il ricevimento della documentazione per la parte di prestazione eseguita da struttura e/o medico non convenzionato).

PATOLOGIA IN ATTO / PATOLOGIA PREESISTENTE

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

PERIODO DI COPERTURA

L'intervallo di tempo intercorrente tra la data di adesione a CDS e la scadenza annuale successiva. Non sono possibili scadenze inferiori ai 12 mesi.

PRESTAZIONI

I servizi erogati da CDS. Le forme possono essere le seguenti:

- Prestazioni Dirette: Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati;
- Prestazioni Indirette: Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati;
- Prestazioni Miste: Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati;
- Prestazioni in Accreditamento con SSN: presso strutture sanitarie private accreditate con SSN.

QUOTA A CARICO DEL SOCIO

Parte non rimborsabile dell'evento indennizzabile, espressa rispettivamente in importo e/o in percentuale sull'ammontare della spesa, che rimane a carico del Socio.

RICOVERO – DEGENZA

Permanenza in istituto di cura con pernottamento o in Day Hospital / Day Surgery. Non è considerato ricovero la permanenza in Pronto Soccorso, nè pernottamento le notti passate in Pronto Soccorso.

SINGLE

Versione nella quale è possibile ottenere la copertura per una sola persona che coinciderà con il Socio del Fondo.

SOCIO SOSTENITORE

Socio afferente al Socio Ordinario

SOCIO

Il "Socio Ordinario" che ha aderito a CDS, titolare dell'adesione al piano sanitario, nonché i componenti del nucleo familiare indicati nel modulo di adesione

SCOPERTO - QUOTA A CARICO DEL SOCIO

Parte dell'evento indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa ed in percentuale l'ammontare della spesa, che rimane a carico del Socio

STRUTTURE SANITARIE

- Strutture Sanitarie Private / Medici;
- Strutture Sanitarie Pubbliche;
- Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZA

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

VISITA SPECIALISTICA

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

Allegato 1 Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Elenco relativo alle prestazioni c. e d. sempre operanti

FACCIA

- Resezione del mascellare superiore
- Resezione della mandibola
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne (parotidectomia)
- Intervento per anchilosi temporomandibolare
- Intervento sui mascellari per tumori o per correzioni ortognatiche

COLLO

- Asportazione della ghiandola sottoascellare per tumori maligni
- Svuotamento ganglionare latero-cervicale bilaterale
- Tiroidectomia totale per neoplasia maligna
- Interventi per asportazione di tumori maligni del collo

TORACE

- Resezione segmentaria e lobectomia
- Pneumectomia
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi

CHIRURGIA TORACICA

- Tutti gli interventi: a cuore chiuso, a cuore aperto per difetti singoli non complicati, a cuore aperto per difetti complessi o complicati

ESOFAGO

- Interventi per diverticolo dell'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo
- Esofagogastronomia
- Reintervento per mega-esofago
- Esofago-cardioplastica
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne
- Operazioni sull'esofago per tumori: resezioni parziali - basse - totali
- Intervento per malformazioni congenite dell'esofago
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- Legatura di varici esofagee

STOMACO - DUODENO

- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale

- Gastrectomia totale per via toraco-laparotomica
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Sutura di perforazioni gastriche ed intestinali non traumatiche

INTESTINO

- Enteroanastomosi
- Resezione del tenue
- Resezione ileo-cecale (emicolectomia destra)
- Colectomia segmentaria
- Colectomia totale
- Resezione intestinale
- Occlusione intestinale di varia natura con o senza resezione intestinale

PERITONEO

- Exeresi di tumori retroperitoneali
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino e sutura della lesione
- Idem con lesioni di organi interni parenchimali

RETTO E ANO

- Amputazione del retto per via perineale
- Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o più tempi
- Resezione anteriore del retto
- Operazione per megacolon

ERNIE

- Intervento per ernia inguinale recidiva

FEGATO E VIE BILIARI

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Resezione epatica maggiore (emiepatectomia)
- Colectistectomia
- Epatico o coledocotomia
- Papillotomia per via transduodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrostomia, colecistoentestmia)
- Drenaggio biliodigestivo intraepatico
- Epatico digiuno-duodenostomia

PANCREAS - MILZA

- Interventi per cisti o pseudo-cisti: cistovisceroanastomosi, enucleazioni delle cisti, marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa - della coda
- Anastomosi porto-cava, splenorenale

- Anastomosi mesenterica-cava
- Deconnessione azygos-portale

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale o sub-durale
- Malformazioni aneurismatiche (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Terapia chirurgica delle fistole arterovenose: aggressione diretta - legatura vaso-afferente intracranico
- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo
- Intervento per epilessia focale
- Emisferectomia
- Operazione per encefalomeningocele
- Interventi per traumi cranio-cerebrali
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlantooccipitale per malformazioni
- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Laminectomia per tumori intra-durali extra-midollari
- Laminectomia per tumori intra-midollari
- Ernia del disco lombare
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica e per via posteriore
- Ernia del disco cervicale o mielopatia da spondilosi per via anteriore con artrodesi inter- somatica
- Idem per via posteriore con foraminotomia
- Derivazioni liquorali intra-craniche o extra-craniche
- Chirurgia stereotassica
- Tumori intraorbitali
- Interventi per tumori ossei della volta cranica
- Rizotomia chirurgica intra-cranica
- Laminectomia per tumori extra-durali
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o per altre affezioni meningomidollari
- Interventi per traumi vertebromidollari
- Asportazione tumori nervi periferici
- Anastomosi spinofacciali o simili
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi per aneurismi ed aneurismi arterovenosi dei seguenti vasi arteriosi: arterie carotidi, vertebrale, succlavia, tronco branchiocefalico, iliache
- Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica, succlavia ed arteria ano- nima
- Disostruzione o by-pass aorta addominale
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica o celiaca
- Operazioni sull'aorta toracica o addominale

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocele
- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Idrocefalo ipersecretivo
- Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Occlusione intestinale del neonato: atresie - necessità di anastomosi, ileo-meconiale
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addominoperineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addominoperineale
- Eteratoma sacrococcigeo
- Megaurtere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida: meningocele, mielomeningocele
- Megacolon: resezione anteriore, operazione addominoperineale di Buhamel o Swenson
- Fistole e cisti dell'ombelico: del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Disarticolazione interscapolotoracica
- Emipelvectomy
- Vertebrotonomia
- Intervento di ernia disco intervertebrale
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per scoliosi

UROLOGIA

- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Resezione renale con clampaggio
- Nefrotomia bivalve in ipotermia
- Nefroureterectomia totale (taglio allargato)
- Surrenalectomia
- Uretero-ileo-anastomosi (o colo-monolaterale o parziale)
- Uretero-ileo-anastomosi (o colo) bilaterale o totale
- Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
- Cistoprostatovescicolectomia totale (o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia); con ileo o colo bladder; con neovescica rettale
- Fistola vescico-intestinale
- Ileo o colo cisto-plastica
- Fistole vescico-vaginali
- Plastica antireflusso bilaterale
- Estrofia della vescica e derivazione
- Prostatectomia totale per K

APPARATO GENITALE

- Emasculatio totale
- Orchiectomia allargata per tumore
- Orchiectomia allargata con linfectomia retroperitoneale
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale, uretale
- Isterectomia per via vaginale
- Isterectomia totale per via laparotomica
- Isterectomia totale con annessiectomia per via laparotomica
- Metroplastica
- Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero
- Isterectomia subtotale (con o senza annessiectomia)
- Panisterectomia radicale per tumori maligni per via addominale
- Eviscerazione pelvica
- Panisterectomia totale per via vaginale
- Vulvectomy totale
- Vulvectomy allargata

OCULISTICA

- Odontocheratoprotesi
- Operazione di Kroniein od orbitotomia
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Trabeculectomia
- Iridocicloretrazione
- Resezione sclerale
- Cerchiaggio o piombaggio
- Asportazione di cataratta ed introduzione di cristallino artificiale
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile
- Vitrectomia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Atresia auris congenita: ricostruzione
- Svuotamento con innesto dermoepidermico
- Trattamento delle petrositi suppurate
- Apertura di ascesso cerebrale per via transmastoidea
- Timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Interventi per otosclerosi
- Chirurgia del sacco endolinfatico
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- Anastomosi e trapianti nervosi

- Sezione del nervo cocleare
- Sezione del nervo vestibolare
- Neurinoma dell'VIII paio
- Asportazioni di tumori dell'orecchio medio e del temporale
- Asportazioni di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- Operazioni radicali per sinusite frontale
- Trattamento chirurgico di mucocele frontoedmoidale
- Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
- Apertura del seno sfenoidale
- Intervento per fibroma duro rinofaringeo
- Operazione paralateronasale di Moure
- Tumori maligni con svuotamento latero-cervicale
- Asportazione di ghiandola salivare sottomascellare per via esterna
- Asportazione della parotide con conservazione del facciale
- Laringectomia: parziale, sopraglottica, totale, ricostruttiva
- Laringofaringectomia
- Interventi per paralisi degli abducenti
- Svuotamento latero-cervicale bilaterale
- Asportazioni di tumori glomici timpanogiugulari
- Exeresi di neoplasia del padiglione con svuotamento linfoghiandolare
- Svuotamento petromastoideo
- Legatura della vena giugulare previa mastoidotomia
- Apertura di ascesso extradurale per via transmastoidea
- Distruzione del labirinto
- Chirurgia della Sindrome di Ménière
- Rinoplastica funzionale ed estetica
- Operazione radicale per sinusite mascellare (operazione di Caldwell-Luc)
- Svuotamento etmoide per via transmascellare
- Asportazione di diaframma coanale osseo per via transpalatina
- Chirurgia della fossa pterigomascellare
- Tumori parafaringei
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille ecc.)
- Asportazione ghiandola salivare sottomascellare per via endorale
- Asportazione della parotide
- Cordectomia per via tirotomica
- Svuotamento sottomandibolare bilaterale
- Svuotamento latero-cervicale unilaterale
- Chiusura di fistola esofagea
- Plastiche laringotracheali
- Legatura dei grossi vasi

TRAPIANTI

- Tutti

Allegato 2 - Elenco Prestazioni Medico Chirurgiche

Elenco relativo alla sola Opzione a Vita Intera

Metodologia di riferimento per la determinazione del limite di indennizzo come da voce "2" - Spese per intervento chirurgico delle prestazioni:

Gruppo di Intervento	Prestazioni 2017
1	2.500 €
2	6.250 €
3	8.750 €
4	17.500 €
5	25.000 €

In caso di interventi chirurgici multipli contemporanei verrà rimborsata a tariffa piena l'operazione con la percentuale maggiore. Ogni ulteriore intervento in campi operatori diversi verrà rimborsato con il massimo del 50% del rimborso tariffario. Se effettuato invece nello stesso campo operatorio verrà rimborsato con il massimo del 25% del rimborso tariffario.

GRUPPO 01 – RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

001	Dacriocistostenting	2
002	Angiografia diagnostica dei vasi cerebro afferenti	3
003	Trattamento endovascolare delle stenosi vasi epiaortici (carotide vertebrale) con o senza posizionamento di endoprotesi	3
004	Trattamento endovascolare delle stenosi vasi endocranici con o senza posizionamento di endoprotesi	5
005	Trattamento endovascolare delle dissezioni vasi cerebro afferenti con o senza endoprotesi	3
006	Occlusione aneurismi cerebrali	5
007	Trattamento malformazioni arterovenose cerebrali e spinali	5
008	Trattamento fistole intracraniche cerebrali e spinali	5
009	Embolizzazione preoperatoria di neoplasie intra od extracraniche per devascularizz.	3
010	Fibrinolisi endoarteriosa in corso di stroke acuto cerebrale	4
011	Trattamento endovascolare delle stenosi ateromasiche con o senza posizionamento endoprotesi	2
012	Trattamento di malformazioni vascolari	3
014	Trattamento endovascolare di aneurismi aortici	3
015	Posizionamento di filtri cavali	3
016	Drenaggi biliari percutanei	3
017	Drenaggi percutanei di raccolte ascessuali eco e/o T. C. guidati	2
018	Biopsie eco e/o T. C. guidate	2
021	Posizionamento aghi radioattivi intracavitari	1

GRUPPO 02 - CHIRURGIA CHIRURGIA GENERALE

001	Detersione, sutura e medicazione di ferita, con rimozione di punti di sutura	1
002	Incisione e drenaggio di ascesso dei tessuti sottocutanei e sottomucosi	1
003	Incisione e drenaggio di ematoma dei tessuti molli	1
004	Asportazione di neoformazione benigna di cute e dei tessuti molli	1
005	Asportazione di neoplasia maligna della cute	2
006	Asportazione di cisti pilonidale	1
007	Trapianto di cute	1
008	Plastica con lembi cutanei	1
009	Asportazione di corpo estraneo ritenuto nei tessuti molli	1
010	Onicoexeresi con o senza conservazione della matrice ungueale	1
011	Plastica per ernia inguinale, crurale, ombelicale o epigastrica	2
012	Ricostruzione della parete intestinale per laparocele	2
013	Plastica per ernia strozzata con resezione intestinale	3
014	Plastica per ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare)	2
015	Laparotomia e laparoscopia esplorativa e diagnostica	2
016	Posizionamento di dispositivi sottocutanei per chemioterapia	1
017	Biopsia linfonodale	1
018	Interventi di linfadenectomia isolati	2
019	Linfadenectomia cervico-mediastinica	

CHIRURGIA DELL'ESOFAGO

020	Trattamento di rottura esofagea per sutura diretta	3
021	Rimozione chirurgica di corpo estraneo ritenuto	2
022	Trattamento chirurgico di varici esofagee	4
023	Trattamento endoscopico di varici esofagee	2
024	Dilat. endoscopica di stenosi esofagea con/senza posizionamento di stent	2
025	Asportazione endoscopica di neoplasia esofagea	2
026	Esofagectomia e ricostr. con tubulizzazione gastrica o con interposizione	5
027	by-pass esofago-gastrici per neoplasie non resecabili dell'esofago	4
028	Esofagomiotomia e plastica antireflusso per acalasia e disturbi dell'esofago	3
029	Miotomia cricofaringea e resezi. diverticolare o diverticolopessi faringoesofageo	3
030	Diverticolectomia parabronchiale	3
031	Esofagomiotomia e diverticolectomia per diverticolo epifrenico	3
032	chirurgica malattia da reflusso gastroesofageo con plastica antireflusso	2
033	Diversione esofagea	2

CHIRURGIA DELLO STOMACO

034	Resezione gastrica per lesioni ulcerative o neoplastiche	3
035	Vagotomia	3
036	Piloroplastica	3
037	Gastroenterostomia	3
038	Sutura diretta gastrica per perforazione di origine ulcerativa o traumatica	3
039	Gastrectomia semplice o allargata	3
040	Gastrostomia chirurgica	2
041	Gastrosopia con prelievo biptico	2
042	Rimozione endoscopica di corpi estranei	2
043	Rimozione endoscopica di neoplasie benigne gastriche o duodenali	2
044	Emostasi endoscopica di lesione ilcerativa emorragica	2
045	Reinterventi sullo stomaco	3
046	Gastrosopia	1

CHIRURGIA DEL DUODENO

047	Duodenotomia e duodenorrafia	3
048	Asportazione di diverticoli duodenali	3
049	Terapia chirurgica della stenosi duodenale da compasso aorto mesenterico	3
050	Terapia chirurgica della fistola aorto-duodenale	5

CHIRURGIA DEL DIGIUNO ED ILEO

051	Enterotomia, enterorrafia, enteroplastica	3
052	Ileostomia	2
053	Resezione ileale con entero-entero anastomosi	3
054	Resezione del diverticolo di Meckel	3
055	Lisi aderenze, correz. invaginaz. intest., sbrigliamento, volvolo, ernie intere	3
056	Chiusura di fistola del tenue	3
057	Interventi di by-pass ileale	3
058	Appendicectomia	2
059	Emicolectomia destra per tumori dell'appendice	3
060	Resezione parziale del tenue e interventi di by-pass per morbo di Crohn	3

CHIRURGIA DI COLON, SIGMA E RETTO

061	Colonscopia/Rettoscopia	1
062	Colonscopia/Rettoscopia con Biopsia	1
063	Colotomia, Colorrafia, Colostomia	2
064	Chiusura di colostomia per via intra o extraperitoneale	2
065	Resezione segmentarie del colon	3
066	Derivazioni interne, anastomosi ileocoliche e colocoliche	3
067	Intervento di Hartmann	3
068	Interv. esteriorizzazione colica con resezi. segmentaria secondo Mikulicz	3
069	Emicolectomia sinistra	3
070	Resezione del colon traverso	3
071	Colectomia sub-totale	3
072	Colectomia o rettocolectomia con anastomosi ileo rettale o ileo anale	3
073	Resezione colica in più tempi	3
074	Derotazione chirurgica del sigma per volvolo	3
075	Miotomia del sigma	3
076	Resez. retto colica anteriore, exeresi del retto con conserv. degli sfinteri	4
077	Amputazione del retto per via addomino perineale secondo Miles	4
078	Proctocolectomia con ileostomia terminale	4
079	Asportazione endoscopica di polipi colo-rettali	1

CHIRURGIA DELL'ANO

080	Emorroidectomia secondo Milligan e Morgan	1
081	Riduzione di prolasso emorroidario con suturatrice meccanica secondo Longo	2
082	Escissione di ragade anale con o senza sfinterotomia	1
083	Incisione e drenaggio di ascessi perianali	1
084	Fistolectomia perianale	1
085	Interventi di rettopessi per prolasso del retto	2

CHIRURGIA DELLA COLECISTI, VIE BILIARI E PANCREAS

086	ERCP compreso papillo sfinterotomia ed estrazione di calcoli coledociti	3
087	Posizionamento endoscopico di endoprotesi transpapillare nelle vie biliari	2
088	Colecistectomia	3
089	Esplorazione delle vie biliari e colangiolitotomia	3
090	Reinterventi sulle vie biliari	3
091	Anastomosi bilio-digestive	3
092	Colecistectomie allargate con/senza resezi. epatica per ca della colecisti	4
093	Derivazioni biliari palliative	3
094	Resez. vie biliari e anastomosi biliodigestive per ca della biforc. epatica	4
095	Interventi di sutura e drenaggio per lesioni traumatiche del pancreas	3
096	Resezione della coda del pancreas	3
097	Resezione parziale di testa e corpo del pancreas	5
098	Drenaggio interno di pseudocisti pancreatiche	3
099	Pancreatico digiunostomia	3
100	Duodenocefalopancreasectomia secondo Whipple	5
101	Necrosiectomia pancreatiche e drenaggio peritoneale	3
102	Pancreasectomia totale	5
103	Drenaggio percutaneo o chirurgico di ascessi sub-frenici o sub-epatici	1

CHIRURGIA DEL FEGATO

104	Drenaggio chirurgico o percutaneo di ascessi del parenchima epatico	1
105	Sutura e drenaggio per lesioni traumatiche del fegato	3
106	Resezioni epatiche maggiori	4
107	Epatectomie segmentarie	4
108	Trapianto di fegato	5
109	Asportazione di cisti di echinococco	3
110	Metastatectomie epatiche	3
111	Trattamento chirurgico della ipertensione portale	5
112	Incannulamento della arteria epatica per chemioterapia loco regionale	2

CHIRURGIA DELLA MILZA

113	Sutura e drenaggio peritoneale per lesioni traumatiche della milza	3
114	Splenectomia	3
115	Splenectomia post-traumatica	3

CHIRURGIA DELL'APPARATO ENDOCRINO

116	Emitiroidectomia o tiroidectomia sub-totale per gozzo semplice e neoplasia	2
117	Enucleazione di cisti o adenoma tiroideo	2
118	Tiroidectomia totale per tumore della tiroide	4
119	Interventi sulle paratiroidi mono e/o bilaterale	3

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

120	Biopsia chirurgica di lesione nodulare del parenchima mammario	1
121	Asportazione di fibroadenoma mammario	1
122	Escissione nodulare benigna	1
123	Quadrantectomia e dissezione dei linfonodi ascellari	2
124	Mastectomia semplice	1
125	Mastectomia rad. o allargata con plastica o protesizzazione ricostruttiva	3

CHIRURGIA DEL TIMO

126	Intervento di asportazione del timo	3
-----	-------------------------------------	---

GRUPPO 03 - CARDIOCHIRURGI VALVOLE, SETTI E STRUTTURE ADIACENTI

001	Valvuloplastica a cielo chiuso della valvola aortica	3
002	Valvuloplastica a cielo chiuso della valvola mitrale	3
003	Valvuloplastica a cielo chiuso della valvola polmonare	3
004	Valvuloplastica a cielo chiuso della valvola tricuspide	3
005	Valvuloplastica a cielo aperto della valvola aortica	4
006	Valvuloplastica a cielo aperto della valvola mitrale	4
007	Valvuloplastica a cielo aperto della valvola polmonare	4
008	Valvuloplastica a cielo aperto della valvola tricuspide	4
009	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	5
010	Sostituzione della valvola aortica con protesi meccanica	5
011	Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi	5
012	Sostituzione della valvola mitrale con protesi meccanica	5
013	Sostituzione della valvola polmonare con bioprotesi	5
014	Sostituzione della valvola polmonare con protesi meccanica	5
015	Sostituzione della valvola tricuspide con bioprotesi	5
016	Sostituzione della valvola tricuspide con protesi meccanica	5

017	Creazione di difetto settale	4
018	Riparazione di difetto interatriale con protesi	4
019	Riparazione di difetto interatriale con sutura diretta	4
020	Riparazione di difetto interventricolare con protesi	4
021	Riparazione di difetto interventricolare con sutura diretta	4
022	Interventi sul muscolo papillare	4
023	Interventi sulle corde tendinee	4
024	Anuloplastica	4
025	Infudibulectomia	4

CHIRURGIA DEI VASI DEL CUORE

026	Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto	3
027	Bypass aorto-coronarico di una arteria coronarica in vena	5
028	Bypass aorto-coronarico di due arterie coronariche in vena	5
029	Bypass aorto-coronarico di tre arterie coronariche in vena	5
030	Bypass aorto-coronarico di quattro arterie coronariche in vena	5
031	Bypass singolo in arteria mammaria interna	5
032	Bypass doppio in arteria mammaria interna	5
033	Riparazione di aneurismi dei vasi coronarici	5

CHIRURGIA DEL CUORE E PERICARDIO

034	Drenaggio pericardico per via percutanea	2
035	Drenaggio pericardico per via sotto-xifoidea	2
036	Cardiotomia	1
037	Pericardiotomia	3
038	Cateterismo del cuore destro	2
039	Cateterismo del cuore sinistro	2
040	Cateterismo del cuore destro e sinistro	3
041	Biopsia cardiaca	2
042	Biopsia pericardica	3
043	Mappatura cardiaca	3
044	Pericardiectomia	3
045	Rimozione di masse cardiache endocavitarie	4
046	Resezione di aneurisma cardiaco	4
047	Riparazione del cuore	4
048	Riparazione del pericardio	4
049	Trapianto cardiaco	5
050	Impianto di pallone di contropulsazione	3
051	Impianto di sistemi di circolazione assistita esterno	4
052	Impianto di sistemi di circolazione assistita impiantabile	5
053	Posizionamento o rimozione di elettrodo epicardico	3
054	Inserzione di pace-maker temporaneo	3
055	Sostituzione o revisione di pace maker cardiaco	3

GRUPPO 04 - CHIRURGIA DEL TORACE CHIRURGIA DI POLMONI E BRONCHI

001	Asportazione del polmone e dei bronchi	4
002	Asportazione di lesione o tessuto bronchiale	4
003	Asportazione di lesione o tessuto bronchiale per via endoscopica	2
004	Asportazione di lesione o tessuto polmonare	4
005	Asportazione di lesione o tessuto polmonare per via endoscopica	2
006	Plicatura di bolle enfisematose	2

007	Resezione segmentale del polmone	4
008	Lobectomia	5
009	Pneumectomia completa	4
010	Resezione radicale di strutture toraciche	4
011	Broncoscopia	1
011	Biopsia bronchiale	2
013	Agobiopsia polmonare	2
014	Biopsia polmonare	2
015	Collassamento chirurgico del polmone	3
016	Riparazione di lacerazione bronchiale	4
017	Chiusura di fistola bronchiale	4
018	Riparazione di lacerazioni polmonari	3
019	Trapianto unilaterale del polmone	5
020	Trapianto bilaterale del polmone	5

CHIRURGIA DELLA PLEURA

021	Biopsia della pleura	2
022	Pleurectomia	4
023	Creazione di finestra pleuro-pericardica	2
024	Pleurosclerosi	2
025	Asportazione di lesione pleurica	3
026	Toracentesi	1
027	Messa in loco di drenaggio (PNX, emotorace)	1

CHIRURGIA DELLA PARETE TORACICA

028	Incisione della parete toracica	1
029	Biopsia della parete toracica	2
030	Asportazione di lesione della parete toracica	3
031	Riparazione della parete toracica	3
032	Riparazione di pectus excavatum lo carenatum	4
033	Riparazione di pectus carenatum	2

CHIRURGIA DEL MEDIASTINO

034	Biopsia del mediastino a cielo chiuso	2
035	Biopsia del mediastino a cielo aperto	2
036	Mediastinoscopia	2
037	Asportazione di lesione o tessuto mediastinico	3

CHIRURGIA DEL DIAFRAMMA

038	Biopsia del diaframma	2
039	Asportazione di lesione o tessuto diaframmatici	3
040	Riparazione di lacerazione del diaframma	3
041	Chiusura di fistola diaframmatica	4

GRUPPO 05 - ORTOPEDIA

ORTOPEDIA

001	Biopsia ossea	1
002	Artrodesi di piccoli e grandi segmenti ossei	1
003	Cisti sinoviale tendinea	1
004	Neurinoma di Morton o neurinoma della mano	1

005	Osteotomia di ossa lunghe	1
006	Trapianto osseo	2
007	Innesto osseo	1
008	Resezione sottocutanea di tendini e muscoli	1
009	Operazione radicale sulla vaginale tendinea (per tubercolosi)	1
010	Sutura di tendini, muscoli o fasce	1
011	Trapianto tendineo o muscolare	1
012	Trapianto di più tendini o muscoli in corrispondenza di un'estremità	2
013	Allungamento di tendini, fasce o muscoli o escissione plastica	1
014	Accorciamento tendineo, tenoraffia	1
015	Exeresi chirurgica di un corpo estraneo prof. da tessuti molli o dalle ossa	1
016	Osteotomia di piccole ossa	1
017	Inchiodamento e/o cerchiaggio di ossa piccole	1
018	Inchiodamento e/o cerchiaggio di ossa lunghe	1
019	Resez. di un osso lungo (anche con l'articolazione) con trapianto di osso	3
020	Allungamento chirurgico di arti o segmenti di arti	3
021	Resezione muscolare per sarcoma arti	2
022	Aspettazione di borsa mucosa	1
023	Estrazione di chiodi e/o fili metallici da osso tubolare piccolo e/o lungo	1
024	Intervento per pseudo artrosi	3
025	Applicazione di F.E. assiali o circolari per frattura o pseudo-artrosi	2
026	Applicazione chiodo endomidollare ossa lunghe di arti superiori e inferiori	2
027	Intervento per miglioramento di un moncone alle estremità	1
028	Apertura di un'articolazione purulenta	1
029	Amputazione dita	1
030	Amputazione di arto	2
031	Artroscopia diagnostica	1

CHIRURGIA ARTO SUPERIORE

032	Intervento per stenosi della vaginale tendinea con biopsia (dito a scatto o De Quervain)	1
033	Operazione radicale per contrattura di Dupuytren	2
034	Intervento per tunnel carpale	1
035	Operazione a carico delle articolazioni delle dita della mano	1
036	Ricostruzione della capsula articolare delle dita	1
037	Operazione per ganglioma (igroma) dell'articolazione della mano	1
038	Riduzione incruenta di fratture di ossa della mano (falangi, metacarpo)	1
039	Riduzione cruenta di fratture di ossa della mano (falangi, metacarpo)	1
040	Disarticolazione della mano	2
041	Disarticolazione di un dito della mano	1
042	Adatt. del moncone dell'avambraccio per applicazione di una protesi prensile	2
043	Ricostruzione della capsula articolare della spalla	2
044	Operazione per lussazione abituale della spalla	2
045	Operazione per acromion plastica e rottura cuffia rotatori	2
046	Riduzione incruenta di frattura di radio, ulna, omero, clavicola	1
047	Riduzione cruenta di frattura di radio, ulna, omero, clavicola	2
048	Riposizione della luss. di articolaz. delle dita, mano, spalla, clavicola	1
049	Disarticolazione di radio e ulna	2
050	Disarticolazione omero	3
051	Disarticolazione del cingolo scapolare	3
052	Avvitamento di olecrano arto superiore	1
053	Ricostruzione della capsula articolare del gomito e della spalla	2
054	Reimpianto arto superiore	4
055	Reimpianto segmento arto superiore	4

CHIRURGIA DEL RACHIDE

056	Vertebrotomia	4
057	Trattamento chirurgico di un ernia del disco (lombare e cervicale)	3
058	Intervento chirurgico per scoliosi	4
059	Riposizionamento incruento di un'articolazione vertebrale lussata	1
060	Riposizionamento cruento di un'articolazione vertebrale lussata	3
061	Riduzione incruenta di vertebre fratturate	2
062	Riduzione cruenta di vertebre fratturate	3
063	Trattamento di fratt. di V. cervicale con bendaggio di trazione o morsetti	1
064	Resezione muscolare per sarcomi del rachide	3
065	Resezione muscolare per sarcomi paravertebrali	2

CHIRURGIA DELL'ARTO INFERIORE

066	Resezione aperta di tendini o muscoli con correzione del dito a martello	1
067	Operazione per malformazione del piede	2
068	Ricostruzione dell'articolazione della caviglia	2
069	Operazioni a carico dell'articolazione del ginocchio o meniscectomia	2
070	Operazione per lussazione del ginocchio	3
071	Riduzione e cerchiaggio di rotula fratturata	1
072	Artroprotesi di ginocchio totale	3
073	Artroprotesi di ginocchio monocompartale	2
074	Frattura acetabolo	3
075	Ricostruzione dell'anca (artroprotesi)	3
076	Plastica del collo del femore	3
077	Inchiodamento endomidollare del collo del femore	2
078	Inchiodamento endomidollare della diafisi femorale	2
079	Disarticolazione del femore	3
080	Riposizionamento e bendaggio di lussazione dell'articolazione dell'anca	1
081	Operazione sull'art. dell'anca o plastica dei legamenti del ginocchio	3
082	Asportazione di esostosi per alluce valgo	1
083	Resezione dell'osso iliaco	2
084	Osteotomia di bacino	3
085	Riduzione incruenta di fratt. dita del piede, di tibia, del perone, del bacino	1
086	Riduzione incruenta della frattura del femore	1
087	Riposizionamento e bendaggio della lussazione di un'articolazione delle dita del piede, del piede, del ginocchio e della rotula	1
088	Disarticolazione di un dito del piede	1
089	Disarticolazione del piede e della gamba	2
090	Emipelvectomy e resezione del sacro	4
091	Lisi Legamenti alari ginocchio	2
092	Trasposizione Tendinea ginocchio	3
093	Reimpianto arto inferiore	4
094	Reimpianto del segmento di arto inferiore	4

GRUPPO 06 - CHIRURGIA VASCOLARE

001	Endoarteriectomia carotidea tradizionale	3
002	Endoarteriectomia carotidea per eversione con correzione di dimorfismi	3
003	Angioplastica con o senza stent per stenosi o re-stenosi carotidea	3
004	Stenting carotideo per dissecazione	3
005	Exeresi di tumore del glomo carotideo	3
006	Interv. per stenosi o ostruzioni arteria vertebrale, succlavia e tronco anonimo	3

007	Terapia chirurgica delle sindromi dello stretto toracico superiore	2
008	Interventi di riparazione di lesioni aneurismatiche di:	3
	- Carotide	3
	- Succlavia ed ascellare	3
	- Aorta addominale e vasi iliaci	3
	- Arterie periferiche (femorale, poplitea)	3
	- Arterie viscerali (splenica, mesenterica, epatica, tronco celiaco)	3
	- Aneurismi anastomotici	3
009	chirurgia della sindrome da intrappolamento dell'arteria poplitea	2
010	Prep. acc. vascolari per emodialisi e rev. fistole artero-venose patologiche	2
011	Simpaticectomia toracica o lombare	2
012	Interventi per stenosi dell'arteria mesenterica superiore:	3
	- By-pass aorto mesenterico	3
	- Trombolisi mediante cateterismo diretto	3
	- Angioplastica con o senza stent	3
013	Interventi per stenosi dell'arteria renale:	3
	- Resezione segmentaria con anastomosi diretta o innesto protesico	3
	- Endoarteriectomia	3
	- Angioplastica con o senza stent	3
	- Reimpianto aortico dell'arteria renale	3
	- By-pass aorto renale	3
014	Preparazione chirurgica di vasi arteriosi per procedure endovascolari	1
015	Interv. endovascolari per lesioni aneurismatiche con endoprotesi	3
016	Interv. endovascolari per lesioni stenosanti con angioplastica e stent	3
017	Interventi per rivascolarizzazione degli arti inferiori:	3
	- By-pass iliaco femorali	3
	- By-pass aorto iliaci	3
	- By-pass aorto femorali	3
	- By-pass femoro poplitei o femoro distali	3
	- By-pass extra anatomici per lesioni aorto iliache	3
018	Trattamento chirurgico delle complicanze della chirurgia restaurativa aorto-iliaca:	3
	- Interventi di disostruzione e/o trombectomia delle protesi	3
	- Intervento di sostituzione della protesi	4
	- Asportazione della protesi con confezionamento di by-pass extra	3
019	Interventi sull'aorta toracica ed addominale:	5
	- Innesto prot. con reimp. tronchi sovraortici, midollari e viscerali per diss.	5
020	Chirurgia vascolare dell'impotenza:	3
	- Endoarteriectomia ipogastrica	2
	- By-pass dell'arteria ipogastrica	3
	- Angioplastica per cutanea	3
021	Embolectomia con tecnica di Forgarty di vasi arteriosi periferici per occlusione acuta	2
022	Trattamento di stenosi arteriosa con plastica del vaso con patch omologo, autologo, sintetico	2
023	Legatura vascolare per trattamento di complicanze emorragiche	2
024	Chirurgia dell'insufficienza venosa superficiale:	2
	- Crossectomia	2
	- Exeresi dei tronchi safenici	2
	- Legatura di perforanti insufficienti con accesso mini invasivo video-assistito	1
	- Varicectomie	1
	- Legatura sottofasciale di perforanti insufficienti con accesso	2
	- Sclerosi di teleangiectasie e varici	1
025	Interventi chirurgici di ripristino della continenza valvolare del circolo venoso profondo	2
026	Trombectomia venosa	2
027	Posizionamento di filtro cavale	3

028	Riparazione di lesioni vascolari di origine traumatica:	2
	- Legatura	2
	- Arterioraffia	2
	- Plastica vascolare con patch	2
	- Interventi di legatura e by-pass	2
029	Trattamento chirurgico delle angiodisplasie	3
030	Amputazione di arto per vasculopatia	2
031	Amputazione di dita per vasculopatia	1
032	Interventi chirurgici di riparazione di fistole artero-venose di origine traumatica	2

GRUPPO 07 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA CHIRURGIA DELLA VULVA

001	Interventi per ascessi e marsupializzazione ghiandola del Bartolini	1
002	Vulvectomy semplice, totale, parziale	2
003	Vulvectomy radicale con linfadenectomia inguinale e/o pelvica	4

CHIRURGIA DELLA VAGINA

004	Ampliamento dell'introito vaginale	1
005	Asportazione di setti e/o cisti vaginali	1
006	Trattamento di polipi e/o prollasso della mucosa uretrale	1
007	Plastica vaginale anteriore e/o posteriore per colpocistorettocele	2
008	Operazione di Manchester e Fothergill (uretrocistocele + elongatio colli)	2
009	Correzione di enterocoele (elitrocele)	2
010	Correzione prollasso cupola vaginale per via vaginale e/o addominale	3

CHIRURGIA DELL'INCONTINENZA URINARIA

011	Uretropessi e colpoplastica anteriore; colpososp. retropubica sec. Burch	3
012	Cistouretropessi secondo Lahodny (intervento di fionda a braccio corto)	3
013	Sospensioni con ago (Pereyra, Stamey, Raz), four corner suspension	3
014	Interventi di sling	3
015	“Paravaginal repair” con approccio addominale e vaginale	3
016	Tension free vaginal tape (TVT)	3
017	Riparazione chirurgica di fistola vescico vaginale, ureterale, retto vaginale	3
018	Creazione di vagina artificiale (intervento di Vecchiotti)	4

CHIRURGIA DELL'UTERO

019	Raschiamento endouterino a scopo diagnostico o terapeutico anche frazionato corpo e canale cervicale	1
020	Isteroscopia diagnostica	1
021	Interventi per via isteroscopica (chirurgia resettoscopica): polipi e miomi endocavitari, lisi di sinechie, ablazione dell'endometrio, estrazione di corpi estranei, metroplastica	2
022	Isteropessi	2
023	Metroplastica per via laparatomica	2

024	Miomectomia laparotomica o laparoscopica	2
025	Isterectomia semplice totale o sub-totale con o senza conservazione degli annessi per laparotomia o laparoscopica	3
026	Isterectomia radicale secondo Wertheim con linfadenectomia pelvica e/o lomboaortica	4
027	Isterectomia totale per via vaginale con o senza annessectomia	3
028	Isterectomia radicale per tumore secondo Schauta-Amreich	4
029	Interventi per varicocele pelvico per via laparoscopica	3

CHIRURGIA DEL COLLO DELL'UTERO

030	Diatermocoagulazione o laservaporizzazione	1
031	Conizzazione	1
032	Polipectomia cervicale e biopsia della portio	1
033	Dilatazione del canale cervicale	1

CHIRURGIA DEGLI ANNESSI

034	Enucleazione di cisti ovarica e ricostruzione dell'ovaio	2
035	Resezione cuneiforme dell'ovaio	2
036	Drilling ovarico laparoscopico	2
037	Salpingectomia, ovariectomia, salpingo-ooforectomia (annessectomia)	2
038	Asportazione di cisti infralegamentarie	2
039	Interventi per sterilizzazione tubarica laparotomici o laparoscopici	2
040	Salpingoplastica, salpingoneostomia	2
041	Interventi estesi per patologia ovarica maligna	4
042	Second look per neoplasia ovarica, laparotomico o laparoscopico	3
043	Eviscerazione pelvica anteriore, posteriore o totale	5
044	Interventi per sactosalpinge e ascessi pelvici	3
045	Simpatectomia ginecologica (es. neurectomia secondo Cotte)	3
046	Laparotomia per emoperitoneo da gravidanza extrauterina	3
047	Laparoscopia diagnostica per algie pelviche e sterilità	2
048	Viscerolisi e salpingocromoscopia	2
049	Asportazione di cisti ovarica e trattamento dell'endometriosi	3
050	Salpingectomia per gravidanza extra uterina tubarica	3

OSTETRICIA

051	Diagnostica invasiva: Amniocentesi, prelievo dei villi coriali, funicolocentesi	1
052	Cerchiaggio cervicale	1
053	Assistenza al parto spontaneo o indotto in presentazione cefalica di vertice	1
054	Assistenza al parto spontaneo o indotto per presentazioni cefaliche anomale, nella distocia delle spalle, nella presentazione podalica	1
055	Parto operativo con applicazione di forcipe o ventosa ostetrica	1
056	Interventi riparativi di lacerazioni vagino perineali	1
057	Rivolgimento per manovre esterne	1
059	Secondamento manuale	1
060	Tamponamento uterino o utero-vaginale	1
061	Asportazione di lembi placentari, raschiamento post-partum	1
062	Trachelorrafia	1
063	Taglio cesareo post-mortem	1
064	Operazioni embriotomiche	2
065	Riduzione, inversione uterina per via vaginale o laparotomia	2

GRUPPO 08 - UROLOGIA

UROLOGIA

001	Nefrectomia parziale mono o bilaterale	3
002	Nefrectomia radicale mono o bilaterale	3
003	Nefroureterectomia (anche con pastiglia vescicale)	4
004	Nefrectomia di rene unico	4
005	Correzione di malformazione renale	3
006	Incisione di ascesso paranefritico	2
007	Svuotamento e resezione di cisti renale	2
008	Aspirazione percutanea di cisti renale	2
009	Nefrolitotomia	3
010	Nefrostomia percutanea con frammentazione di calcolo (o asportazione con pinza o cestello)	3
011	Nefrostomia percutanea senza frammentazione di calcolo	2
012	Pielolitotomia	3
013	Pieloplastica	3
014	Biopsia percutanea (agobiopsia del rene)	2
015	Trapianto renale	4
016	Nefropessia (fissazione di un rene mobile)	2
017	Sutura di lacerazione renale	2
018	Litotrissia ad onde d'urto extracorporea (ESWL)	2
019	Surrenalectomia e altri interventi sulla capsula renale	2

CHIRURGIA DELL'URETERE

020	Ureteroscopia semplice o con biopsia dell'uretere	1
021	Ureterectomia parziale o segmentaria	3
022	Ureterectomia totale	3
023	Uretero-ileostomia cutanea	4
024	Ureterocutaneostomia	3
025	Ureteroneocistostomia	3
026	Ureterotomia endoscopica	3
027	Dilatazione della papilla ureterale	2
028	Cateterismo uretera/e	2
029	Litotrissia endoscopica di calcolo ureterale	2

CHIRURGIA DELLA VESCICA

030	Cistostomia sovrapubica	2
031	Cistolitotomia sovrapubica	3
032	Cistoscopia transuretrale (anche con biopsia)	1
033	Cistectomia parziale	3
034	Cistectomia totale	4
035	Cistectomia radicale (vescica, prostata, vescichette seminali)	4
036	Chiusura di fistola vescicole	3
037	Neovescica continente	4
038	Ampliamento vescicole	4
039	Cervicotomia chirurgica o endoscopica	2
040	Resezione endoscopica della vescica (TUR)	2

CHIRURGIA DELL'URETRA

041	Cateterismo uretrale	1
042	Uretrotomia endoscopica	1
043	Rimozione di calcolo uretrale anche mediante incisione	2
044	Meatotomia uretrale	1
045	Uretroscopia anche con biopsia	1
046	Ureterectomia con o senza uretroplastica	2
047	Riparazione di ipospadia o epispadia	2
048	Impianto di protesi uretrali o sfinteriali	2
049	Interventi di sospensione uretrale per incontinenza da stress	2
050	Iniezioni di sostanza para o periuretrale per incontinenza da stress	1
051	Asportazione di papilloma dell'uretra	1

CHIRURGIA DELLA PROSTATA

052	Biopsia della prostata (transrettale, transperineale, transuretrale)	1
053	Prostatectomia transuretrale (laser, TULIP, ultrasuoni, vaporizzazione)	2
054	Posizionamento di protesi nell'uretra prostatica	2
055	Resezione transuretrale della prostata (TURP)	2
056	Adenomectomia prostatica transvescicale	3
057	Prostatectomia radicale con ogni tipo di approccio chirurgico	3

CHIRURGIA DEL TESTICOLO

058	Intervento per varicocele	1
059	Intervento per idrocele	1

060	Asportazione di cisti dell'epididimo o spermatocele	1
061	Epididimectomia	1
062	Vasectomia	1
063	Biopsia del testicolo	1
064	Orchiectomia monolaterale o bilaterale	2
065	Orchidopessi anche con eventuale derotazione del testicolo	2
066	Inserzione di protesi testicolare	2

CHIRURGIA DEL PENE

067	Frenulotomia (con o senza frenuloplastica)	1
068	Circoncisione	1
069	Biopsia peninea	1
070	Amputazione del pene con uretrostomia perineale	3
071	Sutura di lacerazione del pene	2
072	Posizionamento di protesi	2
073	Correzione di recurvatum penineo con o senza rimozione di placca	2

GRUPPO 09 - NEUROCHIRURGIA

001	Craniotomia per ematoma extradurale, subdurale, per rimozione ascesso epidurale, di corpo estraneo	1
002	Svuotamento ematoma subdurale o epidurale mediante craniotomia osteoplastica	2
003	Svuotamento ematoma o ascesso endocranico mediante craniotomia osteoplastica	2
004	Puntura trans-cranica (trapanazione teca cranica)	2
005	Craniotomia per trattamento di fistola	2
006	Biopsia cerebrale o meningea mediante agobiopsia	1
007	Interventi di anastomosi per derivazione liquorale	3
008	Interventi di revisione, rimozione e irrigazione di anastomosi ventricolari	2
009	Intervento al cranio con apertura della dura madre senza intervento al cervello	2
010	Intervento al cranio con apertura della dura madre con intervento al cervello	5
011	Emisferectomia	5
012	Chirurgia ipofisi	5
013	Asportazione tumori orbitali per via endocranica	2
014	Interventi sui nervi cranici	5
015	Trattamento neuro chirurgico delle sequele dopo paralisi facciale	5
016	Trattamento neuro chirurgico disrafismi (meningocele o mielomeningocele, spina bifida) con copertura plastica	2
017	Operazione endocranica per fistola seno carotideo	3
018	Interventi stereotattici su cervello e ipofisi	5
019	Trattamento neurochirurgico epilessia con elettrocorticografia intra-operatoria	5
020	Trattamento transcranico di lesioni cranico cerebrali penetranti	2
021	Riposizionamento frammenti di frattura affossata del cranio e riduzione frattura del cranio	2
022	Interventi neurochirurgici su malformazioni dei vasi sanguigni cerebrali	5
023	Interventi ricostruttivi su vasi sanguigni intracerebrali	5
024	Operazione di cisti aracnoidea cerebellare	5
025	Neurolisi, sutura di uno o più nervi periferici	1
026	Incisione, sezione, asportazione di nervi della base cranica	2
027	Incisione, sezione, asportazione di nervi periferici	2
028	Asportazione di tumori di nervi periferici con neuroplastica	4
029	Gangliectomie di nervi cranici e periferici	3
030	Simpatectomia	3
031	Operazione di ernia al disco intervertebrale lombare	3
032	Operazione transdurale di ernia del disco intervertebrale	3
033	Operazione di ernia toracica e cervicale, disco intervertebrale mediante laminectomia	3
034	Operazione interiore alla spina dorsale con sostituzione dischi e corpi vertebrali	4

035	Operazione per tumore intradurale, ascesso, emorragia ed angioma midollare	4
036	Asportazione di tumore del canale vertebrale,oppure altri interventi sul midollo spinale anche con resezione delle radici nervose posteriori	4
037	Cordotomia mediante laminectomia	3
038	Rizotomia mediante laminectomia	3
039	Mielotomia (commessurale o frontale)	3
040	Cordotomia percutanea cervicale	3
041	Stimolazione del funicolo posteriore lungo il midollo con impianto di elettrodi	3
042	Posizionamento di elettrodi	3

GRUPPO 10 - OTORINOLARINGOIATRIA

CHIRURGIA DEL NASO E DEI SENI PARANASALI

001	Controllo epistassi (cauterizzazione in anestesia locale, legatura ramo vascolare)	1
002	Incisione del naso (condrotomia, incisione della cute del naso, sectotomia nasale)	1
003	Asportazione o demolizione locale di lesione o formazione del naso	1
004	Settoplastica anteriore e/o posteriore	1
005	Rinoplastica o rinosettoplastica	2
006	Turbino plastica	1
007	Biopsia nasale	1
008	Riduzione chirurgica di frattura nasale	1
009	Ricostruzione totale del naso con lembi cutanei	3
010	Puntura dei seni paranasali per aspirazione o lavaggio	1
011	Biopsia dei seni paranasali	1
012	Antrotomia mascellare esterna (approccio secondo Caldwell'-Luc)	2
013	Senectomia frontale	2
014	Asportazione di tumore del seno mascellare secondo Caldwell'-Luc o con altro approccio	2
015	Etmoidectomia	1
016	Sfenoidectomia	1
017	Riparazione seno nasale (chiusura fistola seno nasale, Ricost.dotto fronto nasale)	1

CHIRURGIA DELLA FARINGE E CAVITÀ ORALE

018	Faringotomia (drenaggio borsa faringea, incisione e drenaggio di ascesso retrofaringeo)	1
019	Biopsia faringea	1
020	Asportazione di cisti o vestigia della fessura branchiale	1
021	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto della faringe	2
022	Intervento di plastica sulla faringe	1
023	Chiusura di fistola della fessura branchiale o di altra fistola	1
024	Sezione del nervo glossofaringeo	1
025	Biopsia della lingua	1
026	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto della lingua	1
027	Glossectomia parziale o radicale	3
028	Riparazione della lingua e glossoplastica	3
029	Frenulotomia o frenulectomia linguale o labiale	1
030	Incisione e drenaggio di strutture tonsillari e peritonsillari	1
031	Biopsia di tonsille e adenoidi	1
032	Tonsillectomia	1
033	Adenoidectomia	1
034	Asportazione di residuo tonsillare	1
035	Asportazione di tonsilla linguale	1
036	Controllo di emorragia dopo tonsillectomia e/o adenoidectomia	1
037	Rimozione di corpo estraneo da tonsille e adenoidi mediante incisione	1

CHIRURGIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI E DEI DOTTI SALIVARI

038	Incisione delle ghiandole o dotti salivari	1
039	Biopsia di ghiandola o dotto salivari	1
040	Marsupializzazione di cisti di ghiandola salivare	1
041	Scialoadenectomia parziale o completa	2
042	Riparazione di ghiandola o dotto salivare	1
043	Exeresi di calcolo dalla ghiandola sotto-mascellare o da altra ghiandola senza asportazione di tessuto ghiandolare	1
044	Asportazione o demolizione di lesioni o tessuti laringei (chiusura di fistole)	1
045	Biopsia della laringe	1
046	Laringectomia parziale	3
047	Laringectomia radicale	3
048	Microlaringoscopia diagnostica in sospensione con o senza biopsia	1
049	Altri interventi sulla laringe (iniezione endolaringea di materiale inerte)	1
050	Sutura di lacerazione della laringe	2
051	Transposizione di corde vocali	3
052	Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale	3
053	Biopsia della trachea	1
054	Tracheostomia temporanea o permanente	1
055	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea	1

CHIRURGIA DELL'ORECCHIO

056	Incisione dell'orecchio esterno	1
057	Biopsia dell'orecchio	1
058	Asportazione o demolizione di lesione dell'orecchio esterno (asportazione di esostosi canale uditivo esterno, asportazione parziale dell'orecchio)	1
059	Amputazione dell'orecchio esterno	2
060	Sutura di lacerazione dell'orecchio esterno	1
061	Correzione chirurgica di orecchio (correzione della pinna, riposizionamento del padiglione auricolare, otoplastica con modellamento cartilagineo, ricostruzione del canale uditivo esterno)	2
062	Ricostruzione del padiglione auricolare con impianto di protesi	2
063	Interventi di ricostruzione dell'orecchio medio	3
064	Miringoplastica	2
065	Timpanoplastica	2
066	Revisione di timpanoplastica	2
067	Altra riparazione dell'orecchio medio	2
068	Miringotomia con o senza inserzione di tubo di drenaggio transtimpanico	1
069	Rimozione di tubo di drenaggio transtimpanico	1
070	Incisione della mastoide e dell'orecchio medio	2
071	Biopsia dell'orecchio medio	2
072	Biopsia dell'orecchio interno	3
073	Mastoidectomia (mastoidectomia semplice, mastoidectomia radicale, antroatticostomia)	2
074	Mastoidectomia con impianto di apparecchio protesico cocleare	3
075	Revisione di mastoidectomia	2
076	Fenestrazione dell'orecchio interno anche con innesto di cute	3
077	Incisione, asportazione, demolizione dell'orecchio interno (anastomosi endolinfatica, distruzione per iniezione di alcool, decompressione del labirinto, drenaggio dell'orecchio interno, labirintectomia transtimpanica, tap perilinfatico)	3
078	Interventi sulla tuba di Eustachio (cateterismo, iniezione pasta di teflon, tuboplastica)	3
079	Riparazione delle finestre ovale o rotonda	2
080	Iniezione del timpano	2
081	Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico nell'osso di conduzione	3
082	Impianto o sostituzione apparecchio protesico cocleare, a canale singolo o multiplo	3

CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE

083	Riduzione di frattura facciale	2
084	Riduzione chiusa o aperta di frattura zigomatica e malare	2
085	Riduzione chiusa o aperta di frattura mascellare	2
086	Riduzione chiusa o aperta di frattura mandibolare	2
087	Riduzione aperta di frattura alveolare	2
088	Riduzione aperta di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	2
089	Altra riduzione chiusa di frattura facciale	2
090	Riduzione chiusa di frattura dell'orbita	2
091	Altra riduzione aperta di frattura facciale	2
092	Riduzione aperta della Rima o della parete orbitaria	2

GRUPPO 11 – OCULISTICA CHIRURGIA DELLA PALPEBRA

001	Incisione della palpebra	1
002	Biopsia della palpebra	1
003	Asport. les. palpebrale, minore o maggiore, a tutto spessore o non	1
004	Correzione di blefaroptosi: sospensione frontale con fascia, con suture o con avanzamento muscolare	2
005	Riparazione di entropion o ectropion con tecniche varie: suture, resezione cuneiforme, ecc.	1
006	Cantotomia	1
007	Blefarorrafia	1
008	Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto	2

CHIRURGIA DELL'APPARATO LACRIMALE

009	Incisione della ghiandola lacrimale	1
010	Biopsia della ghiandola lacrimale	2
011	Dacrioadenectomia	2
012	Spicillazione del punto lacrimale, dei canalicoli, del dotto naso-lacrimale	1
013	Intubazione del dotto naso-lacrimale	1
014	Dacriocistorinostomia, con o senza supporto	1
015	Dacriocistectomia	1
016	Incisione del sacco lacrimale	1
017	Biopsia del sacco lacrimale	1
018	Correzione di eversione del punto lacrimale	1

CHIRURGIA DELLA CONGIUNTIVA

019	Rimozione di corpo estraneo	1
020	Biopsia congiuntivale	1
021	Asportazione di lesione o tessuto congiuntivale	1
022	Congiuntivoplastica	1

CHIRURGIA DELLA CORNEA

023	Rimozione di corpo estraneo	1
024	Curettage della cornea per striscio o coltura	1
025	Asportazione di pterigium	1
026	Sutura di lacerazione corneale	1
027	Riparazione di lacerazione o ferita corneale con lembo congiuntivale	2
028	Cheratoplastica	3
029	Cheratoplastica lamellare	3
030	Cheratotomia radiale	3
031	Epicheratofachia	3
032	Cheratectomia fotorefrattiva	3
033	Cheratectomia fototerapeutica	3
034	Trapianto di cornea	3
035	Tatuaggio della cornea	1

CHIRURGIA DELL'IRIDE, DEL CORPO CILIARE, DELLA SCLERA, DELLA CAMERA ANTERIORE

036	Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore	1
037	Iridotomia ed iridectomia	1
038	Aspirazione diagnostica della camera anteriore	1
039	Biopsia iridea	1
040	Iridoplastica	1
041	Coreoplastica	1
042	Asportazione di lesione iridea	2
043	Trabeculoplastica mediante laser	1

044	Goniopuntura	1
045	Trabeculotomia ab externo, ab interno	1
046	Trabeculectomia ab externo	2
047	Sclerotomia	2
048	Ciclodiatomia	2
049	Ciclocrioterapia	1
050	Ciclofotocoagulazione	2
051	Sutura di lacerazione della sclera	1
052	Asportazione di lesione minore o maggiore della sclera	2
053	Riparazione di lesione sclerale con innesto	1
054	Paracentesi della camera anteriore	1
055	Iniezione di aria, liquido o medicamento in camera anteriore	1

CHIRURGIA DEL CRISTALLINO

056	Intervento di cataratta: intra, extra, facoemulsificazione, con o senza impianto di cristallino artificiale	2
057	Asportazione di membrana secondaria dopo cataratta con laser o chirurgico (capsulectomia)	1

CHIRURGIA DELLA RETINA, DELLA COROIDE, DEL CORPO VITREO

058	Rimozione di corpo estraneo dal segmento posteriore	2
059	Aspirazione diagnostica di corpo vitreo	1
060	Demolizione di lesione corioretinica mediante crioterapia, diatermia; fotocoagulazione mediante impianto sclerale di sorgente radioattiva, radioterapia	2
061	Riparazione di lacerazione retinica mediante crioterapia, fotocoagulazione laser, diatermia	2
062	Intervento per distacco retinico mediante cerchiaggio sclerale con o senza piombaggio	2
063	Vitrectomia con o senza immissione di sostituti vitreali: aria gas, olio di silicone ecc.	3
064	Iniezione intravitreale di aria o gas	2

CHIRURGIA DEI MUSCOLI EXTRAOCULARI

065	Biopsia muscolare	1
066	Intervento per strabismo con arretramento, avanzamento o resezione di un muscolo extraoculare	2
067	Intervento di trasposizione dei muscoli extraoculari	2

CHIRURGIA DELL'ORBITA E DEL BULBO OCULARE

068	Orbitotomia anteriore, laterale	3
069	Biopsia del bulbo oculare e dell'orbita	2
070	Asportazione di lesione dell'orbita	2
071	Eviscerazione del bulbo	2
072	Enucleazione del bulbo con o senza impianto di protesi	2
073	Exenteratio dell'orbita con o senza trasposizione muscolare	2
074	Revisione di cavità orbitaria con o senza innesto	1

GRUPPO 12 - STOMATOLOGIA TRAUMATICA CHIRURGIA STOMATOLOGICA

001	Chirurgia gengivale	1
002	Chirurgia muco gengivale	1
003	Chirurgia ossea	1
004	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale	1
005	Medicazione chirurgica, lavaggi e drenaggi, trattamento alveolite	1
006	Riduzione manuale di lussazione della mandibola	1
007	Intervento di rialzo del seno mascellare	1
008	Asportazione di corpi estranei e/o di denti spostati o inclusi o lesi in seguito ad evento traumatico	1
009	Osteotomia per asportazione corpi estranei e/o di denti spostati o inclusi nella profondità in seguito ad evento traumatico	1
010	Trattamento chirurgico di emorragia post-traumatica del cavo orale	1

