

## Copertura Sanitaria per L'Associazione Valdostana Maestri di Sci

### CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le condizioni di assicurazione

MODELLO FI 0486

Edizione 05/2020

**RBM Assicurazione Salute S.p.A. - Socio Unico**

## SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 38:

---

- SEZIONE I

- 
- Glossario - *da pag. 1*

---

  - Capitolo 1 – Informazioni generali - *da pag. 6*

---

  - Capitolo 2 - Condizioni assicurative - *da pag. 8*

---

- SEZIONE II

- 
- Capitolo 1 - Prestazioni assicurate - *da pag. 12*

---

  - Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni - *da pag. 23*

---

  - Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 24*

---

  - Capitolo 4 - Disposizioni varie - *da pag. 33*

---

- SEZIONE III

- 
- Capitolo 1 – ComfortSalute®
- 

Allegati:

- 
- 1) Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie

---

  - 2) Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)

---

  - 3) Elenco interventi plafonati

---

  - 4) Livelli di indennizzo applicati alle équipe non convenzionate

---

  - 5) Elenco Strutture TOP

---

  - 6) Elenco Équipe TOP
- 

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

Per rendere più chiare le Condizioni di assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

**Grassetto:** parole e concetti di particolare rilievo

Fondo grigio: esclusioni, limitazioni, franchigie/scoperti

**Box blu:** esempi

## Sezione I

### GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante delle Condizioni di assicurazione. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

**Assicurato:** chi è protetto dall'assicurazione.

**Assicurazione:** contratto con il quale RBM copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nelle CDA.

**Assistenza diretta:** regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

**Assistenza diretta domiciliare:** regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- riceve le prestazioni a domicilio da medici/professionisti convenzionati con il Network.

RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

**Assistenza infermieristica:** assistenza offerta da personale fornito di specifico diploma.

**Broker:** intermediario di assicurazione iscritto alla Sez. B del Registro Unico Intermediari (RUI).

**Carenza:** periodo compreso tra la stipula del contratto assicurativo e l'attivazione delle coperture.

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

**CDA:** Condizioni di assicurazione.

**Centro medico:** struttura, anche non adibita al ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri

- non finalizzata a trattamenti estetici.

**Certificato di assicurazione:** documento che contiene gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, premio, dati dell'Aderente, soggetti assicurati, ecc).

**Chirurgia bariatrica** ("chirurgia dell'obesità"): interventi chirurgici per ridurre l'assunzione di cibo diminuendo la capacità gastrica (interventi "restrittivi") o la capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi "malassorbitivi").

**Contraente:** Associazione Valdostana Maestri di Sci, che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o altrui e che è responsabile del versamento del premio.

**Day Hospital:** ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da Cartella clinica. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

**Difetto fisico:** alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

**Evento e Data Evento:**

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie).  
Data evento: data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.  
Data evento: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento.
- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.  
Data evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.  
Data evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.
- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.  
Data evento: data della singola prestazione oncologica per lo specifico evento.

**Franchigia:** importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

**Indennità sostitutiva:** indennità forfettaria giornaliera per ricoveri che non comportano il rimborso di spese sanitarie.

**Indennizzo:** la somma che RBM Salute deve in caso di sinistro.

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate.

**Intervento ambulatoriale:** intervento di piccola chirurgia senza ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.

**Intervento chirurgico:** atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.  
Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono intervento chirurgico.

**Intervento chirurgico concomitante:** ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.

**Intramoenia:** prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

**Istituto di cura:** ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera.

Non sono istituto di cura:

- gli stabilimenti termali
- le case di convalescenza e di soggiorno
- colonie
- case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA).

**Lungodegenza:** ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

**MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa):** modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata.

Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

**Malattia:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

La gravidanza non è considerata malattia.

**Malattia Mentale:** le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS<sup>1</sup>).

**Massimale:** importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

**Medicina Alternativa o Complementare:** pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

**Network:** rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) o nell'App mobile.

**Nucleo familiare:** Il titolare, il coniuge fiscalmente a carico (anche non convivente, purchè non separato legalmente) o il convivente more uxorio fiscalmente a carico o la persona unita civilmente<sup>2</sup> fiscalmente a carico, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) conviventi o non conviventi. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati.

<sup>1</sup> Si può leggere nel sito del Ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)).

<sup>2</sup> Legge 76/2016.

Previo pagamento del rispettivo premio è assicurabile anche ogni altro familiare convivente a carico e non, compreso il coniuge fiscalmente non a carico o il convivente “more uxorio”.

**Polizza:** contratto di assicurazione.

**Premio:** la somma che il Contraente deve a RBM Salute.

**Questionario sanitario:** documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Costituisce parte integrante della Polizza.

**RBM Salute:** RBM Assicurazione Salute S.p.A.

**Reclamo:** una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di RBM Salute o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

**Regime misto:** regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- accede ad Istituti di cura convenzionati del Network e riceve prestazioni mediche da medici non convenzionati.

**Regime rimborsuale:** regime per cui RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nelle CDA.

**Ricovero:** degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

**Ricovero improprio:** la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

**Rimborso:** la somma che RBM Salute deve in caso di sinistro.

**Scoperto:** percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

**Sinistro:** evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

**Sport professionistico / Gare professionistiche:** attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

**Sub-massimale:** importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Per ricoveri con intervento chirurgico **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

**Test genetici prenatali non invasivi:** test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per rilevare la presenza di aneuploidie (cioè alterazioni del numero normale di cromosomi) nel feto.

**Trattamenti fisioterapici e riabilitativi:** prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza Devono essere effettuati, da:

- medico specialista
- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995(fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con strumenti utilizzati soprattutto nella medicina estetica.

**Visita specialistica:** prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista).

## CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

### Art. 1. Informazioni su RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007<sup>3</sup>.

Sito: [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it)

Mail: [info@rbmsalute.it](mailto:info@rbmsalute.it)

PEC: [rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it](mailto:rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it)

### Sede legale e direzione generale

via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde - Preganziol (TV)  
tel. 0422 062700

### Sede secondaria

via Victor Hugo 4, 20123 Milano  
tel. 02 91431789

### Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2018<sup>4</sup>

Patrimonio netto:	€ 230.873.414,00
di cui	
- capitale sociale:	€ 120.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 73.765.532,00

Indice di solvibilità<sup>5</sup>: 175% (189% al netto dell'add on di capitale)

### Art. 3. Carenza contrattuale

Prevista.

Per i nuovi ingressi in copertura dei Maestri di sci e dei rispettivi nuclei familiari ossia il coniuge fiscalmente a carico (anche non convivente, purché non separato legalmente) o il convivente more uxorio fiscalmente a carico o la persona unita civilmente<sup>6</sup> fiscalmente a carico, i figli legittimi fiscalmente a carico totale o parziale, conviventi o non conviventi, la copertura assicurativa prevede i seguenti termini di carenza:

- 60 giorni per tutte le malattie
- 60 giorni per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza.

Per ogni altro familiare convivente, a carico e non (compreso coniuge fiscalmente non a carico o persona convivente "more uxorio"):

- l'inserimento deve riguardare tutti i componenti del nucleo;
- per i nuovi ingressi in copertura, le garanzie operano con 180 giorni di carenza per le malattie preesistenti all'ingresso in copertura, conosciute e non.

Per "nuovo ingresso" si intende ogni familiare non già assicurato prima della data di effetto della presente assicurazione con il precedente assicuratore.

### Art. 4. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

### Art. 5. Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dal contratto.

<sup>3</sup> G.U. 255 del 2 novembre 2007.

<sup>4</sup> I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) (sezione Informazioni Societarie).

<sup>5</sup> L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.

<sup>6</sup> Legge 76/2016.

## **Art. 6. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze<sup>7</sup>.

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2020, RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2021.

Gli altri diritti che derivano dal contratto si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

## **Art. 7. Reclami**

### **7.1 Come fare reclamo**

I reclami sul contratto o su un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati a RBM Salute a scelta:

- compilando il modulo on line ([www.rbmsalute.it/reclami](http://www.rbmsalute.it/reclami)),
- per posta ordinaria o raccomandata: RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde
- per fax: 0422/062909
- per mail: [reclami@rbmsalute.it](mailto:reclami@rbmsalute.it).

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

**Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.**

### **Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità**

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi, se esistono.

### **Liti transfrontaliere**

Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su [www.ec.europa.eu/fin-net](http://www.ec.europa.eu/fin-net)) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

### **7.2 Risposte al reclamo**

RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.

Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma  
fax: 06.42133206  
pec: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)  
informazioni su [www.ivass.it](http://www.ivass.it)
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria<sup>8</sup> per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

<sup>7</sup> Art. 2952 del Codice civile.

<sup>8</sup> D. Lgs. 28/2010.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

## **CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE**

### **Art. 8. Cosa si assicura**

RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

### **Art. 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario**

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione<sup>9</sup>.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre a RBM Salute di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

L'Assicurato deve comunicare a RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

### **Art. 10. Altre assicurazioni/coperture**

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare a RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, RBM non è tenuta a pagare l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri<sup>10</sup>. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento<sup>11</sup>.

### **Art. 11. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica**

#### **11.1 Decorrenza**

L'assicurazione dura 1 anno e ha effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01/05/2020, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

#### **11.2. Premio**

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Pur annuo e indivisibile, è frazionato in modo mensile e deve essere pagato in anticipo, come riportato sul certificato di polizza.

È versato dal Contraente a RBM Salute con bonifico bancario, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.

Le successive scadenze devono comunque essere rispettate<sup>12</sup>.

Scaduti i termini, con raccomandata RBM Salute può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.

<sup>9</sup> Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

<sup>10</sup> Art. 1910 del Codice civile.

<sup>11</sup> Art. 1910 del Codice civile.

<sup>12</sup> Art. 1901 del Codice civile.

### 11.3 Anagrafica

Le anagrafiche devono pervenire a RBM Salute tramite tracciato informatico concordato.

Anagrafica **provvisoria**: entro 30 giorni prima della decorrenza.

Anagrafica **definitiva**: entro la fine del mese di decorrenza.

## Art. 12. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

### 12.1 Nuove inclusioni

La copertura per gli iscritti all'Associazione Valdostana Maestri di Sci decorre:

- **se l'inclusione è comunicata a RBM Salute entro 30 giorni dall'inclusione**: dal giorno dell'inclusione
- **se l'inclusione è comunicata a RBM Salute dopo i 30 giorni**: dalle 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

Inclusioni nel primo semestre: è dovuto il 100% del premio annuo.

Inclusioni nel secondo semestre: è dovuto il 60% del premio annuo.

### 12.2 Inclusione di Familiari in corso d'anno

È consentita solo per i familiari a carico, cioè le persone per le quali il titolare della copertura ha diritto alla detrazione fiscale.

Le inclusioni devono essere comunicate a RBM Salute **entro 30 giorni** dall'evento per esempio: dalla nascita del figlio). La copertura opera da quando i familiari inclusi sono a carico del titolare della copertura.

Se la comunicazione è fatta **dopo i 30 giorni**: la copertura opera dalle ore 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

La modifica (acquisto o perdita) delle condizioni di reddito previste per avere a carico un familiare assicurato nel corso di un anno assicurativo non ha effetto sui premi per il periodo rimanente dell'anno assicurativo.

Non è ammessa l'inclusione in corso d'anno per i familiari per i quali è previsto il versamento di un premio aggiuntivo, salvo variazioni dello stato di famiglia.

### 12.3 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla prima scadenza utile.

### 12.4 Regolazione premio

Oltre a quanto previsto all'art. 11.3 "Anagrafica":

- **entro 30 giorni dalla** ricezione dell'anagrafica definitiva, si procede alla regolazione contabile del premio dovuto alla data di decorrenza
- **entro 15 giorni** prima della scadenza delle singole quietanze delle rate di premio, si consegna la regolazione contabile del premio a seguito delle inclusioni e dei passaggi del periodo di copertura trascorso.

Il premio relativo alla regolazione deve essere versato entro 30 giorni dal ricevimento del documento.

Se aumentano i nuclei familiari assicurati, il Contraente deve pagare la rata di rinnovo aumentata in base allo stato del rischio comunicato.

### 12.5 Categorie assicurate

- iscritti all'Associazione Valdostana Maestri di Sci
- relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare, anche a fronte del versamento di un premio aggiuntivo.

non rientranti tra le categorie di cui all'art. 26 "Persone non assicurabili".

I figli di iscritti della stessa Associazione coniugati o conviventi more uxorio devono essere inseriti in copertura solo nel nucleo del coniuge o convivente maggiore di età tra i due.

Se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio sono iscritti nella stessa Associazione e titolari del piano sanitario, non possono anche essere inseriti come familiari nel nucleo del rispettivo coniuge o convivente.

Devono aderire tutti gli appartenenti alla stessa categoria di lavoratori.

### **Art. 13. Estensione Territoriale**

L'assicurazione vale in tutto mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

### **Art. 14. Forma delle comunicazioni**

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

### **Art. 15. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente**

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) Condizioni di Assicurazione
- b) Informativa Privacy (allegato 2)

### **Art. 16. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie**

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario
- modifiche statutarie sul cambio di denominazione sociale o sul trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, RBM Salute consegna al Contraente un'informativa di dettaglio.

**Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.**

### **Art. 17. Assicurazione per conto altrui**

Questa assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato<sup>13</sup>.

### **Art. 18. Regime fiscale**

Tassa sui premi: 2,50%

Tassa sugli indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato da RBM Salute.

### **Art. 19. Foro Competente**

Per le controversie

- tra RBM Salute e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria di Treviso (TV)
- tra RBM Salute e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi, se previsti.

### **Art. 20. Controversie: mediazione**

<sup>13</sup> Art. 1891 del Codice civile.

Per controversie connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente<sup>14</sup>.

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria (→ Art. 19 "Foro competente").

**Art. 21. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge**

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

---

<sup>14</sup> D.lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni.

## Sezione II

### CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

#### Art. 22. Descrizione delle prestazioni Assicurate

RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Se il maestro di sci (esclusi i familiari) è assicurato con polizza infortuni, la presente copertura interviene a secondo rischio per le sole prestazioni effettuate a seguito di infortunio, pertanto:

- le richieste di rimborso dovranno essere inviate preventivamente all'Assicuratore che ha in gestione la polizza infortuni professionali o extraprofessionali
- la presente copertura integrativa interviene sulla parte di spesa non rimborsata da altro Assicuratore, nel qual caso non verranno applicati scoperti/franchigie previsti dalla presente copertura – fermi i massimali previsti dalla presente copertura.

### A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE

#### 1. Prestazioni



##### 1.1. Ricovero con e senza intervento chirurgico in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale

###### *Prima del ricovero*

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro 60 giorni prima del ricovero o 100 giorni prima dell'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico

###### *Durante il ricovero*

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- spese per materiale protesico e presidi terapeutici: scoperto del 30%
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente. E' previsto il limite di 220,00 euro al giorno in caso di utilizzo di strutture fuori Network
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, trattamenti fisioterapici e riabilitativi

###### *Dopo il ricovero*

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro 60 giorni dopo il ricovero o 100 giorni dopo l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Solo per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, l'Assicurato può chiedere alla Centrale operativa di fruire dell'Assistenza Diretta Domiciliare, solo se sussiste documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico.

### Ricoveri per fisioterapia

A seguito di intervento chirurgico sono riconosciuti una volta all'anno per un massimo di 7 giorni.

### Trapianti

In caso di trapianto, sono riconosciute solo le spese dell'Assicurato per ricevere l'organo trapiantato. Sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi.

### Chirurgia Refrattiva

Sono riconosciute le spese solo per gli interventi:

- in caso di anisometropia superiore a 3 diottrie (presente prima della correzione laser di uno degli occhi)
- in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio.

## 1.2 Degenza in regime di Day Hospital

### Durante la degenza

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "durante il ricovero". Sono esclusi i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.



### Prima e dopo la degenza (solo in caso di intervento chirurgico)

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche sostenuti entro 100 giorni prima e 100 giorni dopo la degenza, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessaria la stessa.

## 1.3 Parto naturale, Parto cesareo ed aborto terapeutico



Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro i relativi sub-massimali indicati in polizza.

**Parto cesareo:** le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocèle, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto cesareo.

## 1.4 Rette di degenza dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assicurato: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentati (fatture, notule, ricevute).



Limite: 50,00 euro al giorno per 20 giorni.

## 1.5 Trasporto sanitario



Trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero. Escluso l'uso di eliambulanze.

La scelta del mezzo per il trasporto spetta ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Limite: 1.600,00 euro.

## 1.6 Indennità sostitutiva



Se l'Assicurato non sostiene spese durante il ricovero, per le necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, per favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, RBM Salute liquida un'indennità di 95,00 euro per ciascun giorno di ricovero fino a 200 giorni. In caso di ricovero senza intervento sarà applicata una franchigia pari a 3 giorni.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

RBM Salute rimborsa le stesse prestazioni descritte al punto 1.1 “prima del ricovero” e “dopo il ricovero”, sostenute nei 60 giorni prima e 60 giorni dopo il ricovero.

L'indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura sanitaria.

## **2. Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere**

- Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili a termini di polizza
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
  - a) gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, quando previsto
  - b) gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50% in proporzione alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

## **3. Regimi e condizioni di erogazione**

### **Massimali annui**

Per il complesso delle prestazioni indicate: 160.000,00 euro a nucleo. Per gli altri familiari, il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 30.000,00 da intendersi come massimale separato (e aggiuntivo a quello di € 160.000,00 di cui sopra) e disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per la totalità dei familiari assicurati.

### **Sub-massimali annui a nucleo per**

- day hospital e intervento ambulatoriale: 3.000,00 euro
- parto naturale: 1.200,00 euro
- parto cesareo (ed eventuali interventi concomitanti), aborto terapeutico: 2.700,00 euro
- chirurgia refrattiva: 1.000,00 euro per occhio
- interventi urologici effettuati con chirurgia robotica:
  - 5.000,00 euro per l'utilizzo del robot
  - 10.000,00 euro per onorari di chirurgo, aiuto, assistente, anestesista e chiunque partecipa all'intervento chirurgico.

### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

### **Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: franchigia di 1.000,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 25% col minimo di 1.600,00 euro fino al massimo della quota prevista dagli interventi plafonati (allegato 3).

### **Prestazioni in Regime misto:**

- RBM Salute rimborsa gli onorari dei medici non convenzionati fino al **massimo indicato nei “Livelli di indennizzo applicati alle équipe non convenzionate” (allegato 4)**
- rimangono i limiti previsti nell'allegato 1 “Scheda riassuntiva”.

Esempi:

**Regime di assistenza diretta**

Massimale € 160.000,00

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00

Franchigia € 1.000,00

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 13.298,00 a carico di RBM Salute e € 1.000,00 a carico dell'Assicurato

**Regime rimborsuale**

Massimale € 160.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 25% minimo € 1.600,00

Indennizzo € 10.723,50 (€ 14.298,00 - 25%, perché lo scoperto del 25% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)

## B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

### 1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

#### 1.1 Alta Diagnostica

- diagnostica radiologica con mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- risonanza magnetica nucleare
- TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.)
- coronarografia
- ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.)
- elettrocardiogramma sotto sforzo
- ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
- esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Retto-Colonscopia, Bronco- scopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) compresa eventuale biopsia
- esami Istologici
- amniocentesi e Villocentesi (solo in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta o per gestante oltre i 35 anni).



#### 1.2 Diagnostica Strumentale Standard

- diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.)
- ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli)
- elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa
- elettroencefalografia
- elettromiografia
- uroflussometria
- M.O.C. (densitometria ossea)



Inoltre sono comprese:

- Dialisi
- Applicazione e rimozione di apparecchio gessato.

#### 1.3 Regimi e condizioni di erogazione

##### Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 2.140,00 euro a nucleo.

Sub-massimale in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 540,00 euro a nucleo.

##### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

##### Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 70,00 euro

- Regime rimborsuale: scoperto del 25% col minimo di 126,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: franchigia di 10,00 euro per ogni ticket.

Esempi:

**Regime di Assistenza diretta**

Massimale € 2.140,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Scoperto 15% minimo € 70,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 175,00 a carico di RBM Salute e € 70,00 a carico dell'Assicurato

**Regime rimborsuale**

Massimale € 2.140,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00



Scoperto 25% minimo € 126,00

Indennizzo € 119,00 (€ 245,00 - € 126,00, perché lo scoperto del 25% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

## 2. PRESTAZIONI AMBULATORIALI/DOMICILIARI

### 2.1 Prestazioni

Sono riconosciute queste spese, escluse le prestazioni del punto 1:

- Onorari medici per visite e prestazioni specialistiche (escluse odontoiatriche, ortodontiche e trattamenti fisioterapici) 
- Analisi di laboratorio e accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici). 

### 2.2. Regimi e condizioni di erogazione

#### Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.070,00 euro a nucleo.

Sub-massimale in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 540,00 euro a nucleo.

#### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

#### Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 20% col minimo di 60,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 20% col minimo di 100,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: franchigia di 10,00 euro per ogni ticket.

Esempi:

**Regime di assistenza diretta**

Massimale € 1.070,00

Costo della visita oculistica € 130,00

Scoperto 20% minimo € 60,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 70,00 a carico di RBM Salute e € 60,00 a carico dell'Assicurato

**Regime rimborsuale**

Massimale € 1.070,00


Richiesta di rimborso per visita oculistica € 130,00

Scoperto 20% minimo € 100,00

Indennizzo € 30,00 (€ 130,00 - € 100,00, perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

## 3. CURE ONCOLOGICHE

### 3.1 Prestazioni

RBM Salute riconosce le spese per le cure delle malattie neoplasiche (per esempio: cobaltoterapia, chemioterapia, terapie irradianti, ecc...), oltre a quanto già previsto dalla presente Polizza. 

### 3.2. Regimi e condizioni di erogazione

#### Massimale

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.140,00 euro a nucleo, condiviso con la garanzia "Alta specializzazione".

Sub-massimale in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 540,00 euro a nucleo.

#### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

#### Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 70,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 25% col minimo di 126,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: franchigia di 10,00 euro per ogni ticket.

Esempi:

##### Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.140,00 condiviso con "Alta specializzazione"

Costo di radioterapia € 1.500,00

Scoperto 15% minimo € 70,00

Prestazione autorizzata € 1.500,00 di cui € 1.275,00 a carico di RBM Salute e € 225,00 a carico dell'Assicurato

##### Regime rimborsuale

Massimale € 2.140,00 condiviso con "Alta specializzazione"

Richiesta di rimborso per radioterapia € 1.500,00

Scoperto 25% minimo € 126,00

Indennizzo € 1.125,00 (€ 1.500,00 - 25% perché lo scoperto del 25% è superiore al minimo non indennizzabile).

## C. PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

### 1. Prestazioni

- sono riconosciute le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi per recuperare la salute effettuati e fatturati dall'Istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista
- le richieste di rimborso per trattamenti fisioterapici devono essere presentate al termine della cura



### 2. Regimi e condizioni di erogazione

#### Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.140,00 euro a nucleo, condiviso con la garanzia "Alta specializzazione".

Sub-massimale in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 540,00 euro a nucleo.

#### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

#### Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 70,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 25% col minimo di 126,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: franchigia di 10,00 euro per ogni ticket.

Esempi:

**Regime di assistenza diretta**

Massimale € 2.140,00 condiviso con "Alta Specializzazione"

Costo della massoterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 15% minimo € 70,00

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 170,00 a carico di RBM Salute e € 70,00 a carico dell'Assicurato

**Regime rimborsuale**

Massimale € 2.140,00 condiviso con "Alta Specializzazione"

Richiesta di rimborso per massoterapia € 240,00

Scoperto 25% minimo € 126,00

Indennizzo € 114,00 (€ 240,00 - € 126,00, perché lo scoperto del 25% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

## D. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

### 1. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

#### 1.1 Prestazioni

Sono riconosciute le spese per cure dentarie rese necessarie da infortunio, adeguatamente documentate ed effettuate ambulatorialmente.



#### 1.2 Regimi e condizioni di erogazione

**Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.140,00 euro a nucleo, condiviso con la garanzia "Alta specializzazione".

Sub-massimale in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 540,00 euro a nucleo.

**Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

**Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 70,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 25% col minimo di 126,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: franchigia di 10,00 euro per ogni ticket.

Esempi:

**Regime di Assistenza diretta**

Massimale € 2.140,00

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 15% minimo € 70,00

Prestazione autorizzata € 170,00 di cui € 100,00 a carico di RBM Salute e € 70,00 a carico dell'Assicurato

**Regime rimborsuale**

Massimale € 2.140,00

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 25% minimo 126,00

Indennizzo € 44,00 (€ 170,00 - € 126,00 perché lo scoperto del 25% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

## E. ALTRE GARANZIE

### 1. Visite di controllo

#### 1.1 Prestazioni

Per l'Assicurato soltanto: **una visita di controllo gratuita all'anno. Non può essere fruita da persona diversa dal titolare della copertura.**

Nel caso di adesione del Nucleo familiare: **è riconosciuta una ulteriore visita di controllo annua per un altro componente del nucleo stesso, diverso dal titolare della copertura.**

La prestazione è garantita **anche in caso di consulto o semplice controllo**; pertanto **non è richiesta la prescrizione medica**.

### **1.2 Regimi e condizioni di erogazione**

#### **Massimali**

Massimale: illimitato

#### **Regimi di erogazione**

Assistenza diretta

#### **Franchigie e scoperti**

Franchigie e scoperti: nessuno

## **2. Fecondazione eterologa**

### **2.1 Prestazioni**

Copre le spese necessarie a trattare la fecondazione eterologa in strutture sanitarie nell'Unione Europea.

Se il trattamento è effettuato all'estero, sono escluse tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'Assicurato e i costi dell'eventuale accompagnatore.

### **2.2 Regimi e condizioni di erogazione**

#### **Massimali**

Massimale: 250 euro anno/nucleo

#### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

#### **Franchigie e scoperti**

Franchigie e scoperti: nessuno

## **3. Test genetici prenatali non invasivi su DNA fetale**

### **3.1. Prestazioni**

La garanzia Alta Diagnostica comprende i test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (per esempio: Harmony test, Prenatal Safe, ecc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi e alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale.

Tali test sono riconosciuti solo in alternativa all'amniocentesi/villocentesi.

### **3.2. Regimi e condizioni di erogazione**

- madre maggiore di 35 anni
- gravidanza a rischio (indipendentemente dall'età materna). In questo caso il medico che prescrive deve specificare le malattie (preesistenti o sorte durante la gravidanza) che comportano un rischio per la donna o per il feto

#### **Massimali**

- Massimale annuo: condiviso con Alta specializzazione

#### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

### **Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 70,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 25% col minimo di 126,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: franchigia di 10,00 euro per ogni ticket.

## **4. Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di Assicurati)**

### **4.1. Prestazioni**

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato:

- Indennità **1.000 euro** per anno/neonato
- Massimo per 3 anni.

## **5. Controllo pediatrico**

### **5.1. Prestazioni**

Visita specialistica pediatrica di controllo a nucleo alle seguenti condizioni ed età:

- 1 visita tra i 6 e i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni.

### **5.2 Regimi e condizioni di erogazione**

#### **Massimali**

Massimale: illimitato

#### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta

### **Franchigie e scoperti**

Franchigia per ogni prestazione: 36,15 euro

## **6. Immunonutrizione**

### **6.1. Prestazioni**

Nella garanzia ricovero sono compresi anche:

- prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS.
- servizio di reperimento dei prodotti a carico di RBM Salute, nelle Strutture Sanitarie o nella farmacia più vicina all'abitazione del paziente.

### **6.2 Regimi e condizioni di erogazione**

#### **Massimali**

Massimale: illimitato

#### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta

### **Franchigie e scoperti**

Nessuno

## 7. Cure termali minori

### 7.1. Prestazioni

La presente garanzia prevede l'indennizzo delle seguenti cure termali (escluse le spese alberghiere) erogate una volta all'anno ad Assicurati di età non superiore a 15 anni compiuti:

Cure Inalatorie

- Inalazione
- Aerosol orale o nasale
- Aerosol ionico o sonico
- Irrigazione nasale
- Doccia nasale micronizzata
- Nebulizzazione

Cure Otorinolaringoiatriche

- Insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

### 7.2. Regimi e condizioni di erogazione

#### Massimali

- Massimale: illimitato

#### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta: scoperto del 50% per il ciclo di prestazioni (è necessario richiedere l'autorizzazione alla Centrale Operativa per ogni singola prestazione).
- Regime rimborsuale: rimborso massimo pari a 35,00 euro per il ciclo di cure inalatorie e 45,00 euro per il ciclo di cure otorinolaringoiatriche.

## 8. Monitoraggio domiciliare remoto del paziente (RPM)

Fornitura di dispositivi medici per acquisire da remoto i parametri vitali dell'Assicurato a seguito di un ricovero ospedaliero o durante l'assistenza domiciliare per patologie croniche.

### 8.1. Prestazioni

- consegna e installazione al domicilio dell'Assicurato di una serie di dispositivi tecnologici per il completo monitoraggio dei parametri vitali
- addestramento a domicilio da parte di personale medico/infermieristico per l'uso e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato sul territorio italiano;
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'Assicurato tramite call center, rilascio delle certificazioni per le attrezzature, la trasmissione e l'archiviazione dei dati di monitoraggio;
- ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi consegnati per la manutenzione e il ricondizionamento.

#### Programma 1 – solo a seguito di ricovero

Parametri vitali monitorati

- pressione Arteriosa/Cuore
- ossigeno (O<sub>2</sub>) e saturazione del sangue
- peso corporeo

Durata

- 90 giorni

## Programma 2 – solo a seguito di non autosufficienza/lungodegenza

Parametri vitali monitorati

- pressione Arteriosa/Cuore
- ossigeno (O<sub>2</sub>) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)
- temperatura corporea (ingresso manuale)
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Durata

- pari al periodo di non autosufficienza/lungodegenza

### Art. 23. Neonati

L'Assicurazione opera anche:

- per i neonati se la **comunicazione a RBM Salute è fatta entro 30 giorni dalla nascita**
- per le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici, se effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro il limite di 30.000 euro.



Esempi:

#### Regime di Assistenza diretta - Garanzia ricoveri

Massimale € 160.000,00

Sub-Massimale Garanzia Neonati € 30.000,00

Costo della prestazione in assistenza diretta € 10.000,00

Franchigia € 1.000,00

Prestazione autorizzata € 10.000,00 di cui € 9.000,00 a carico di RBM Salute e € 1.000,00 a carico dell'Assicurato

#### Regime rimborsuale - Garanzia Ricoveri

Massimale € 160.000,00

Sub-Massimale Garanzia Neonati € 30.000,00

Richiesta di rimborso € 40.000,00

Scoperto 25% minimo € 1.600,00

Indennizzo: € 30.000,00 (€ 40.000,00 - 25%)

### Art. 24. Estensioni di garanzia

A parziale deroga di quanto previsto al successivo Art. 25 "Esclusioni", sono compresi in garanzia i seguenti eventi:

- 1) gli infortuni conseguenti a stato di malore, incoscienza, vertigini, purché non cagionati dall'abuso di alcool, di psicofarmaci, di sostanze stupefacenti o allucinogene
- 2) l'asfissia involontaria provocata da fughe di gas, vapori o esalazioni velenose, l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, l'occlusione accidentale delle vie respiratorie, l'improvviso contatto con corrosivi
- 3) gli avvelenamenti o le tossinfezioni cagionati dall'ingestione di cibi, bevande o altre sostanze avariate o adulterate
- 4) le patologie (escluso il carbonchio e la malaria) derivanti da morsi di animali e punture di insetti
- 5) i colpi di sole o di calore
- 6) gli infortuni derivanti da azioni delittuose, terroristiche, vandaliche, tumulti popolari, le sommosse, le azioni di dirottamento o pirateria, a condizione che la persona assicurata non vi abbia volontariamente preso parte attiva
- 7) l'exeresi chirurgica di neoformazioni, esclusivamente quale intervento terapeutico.

## CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

### Art. 25. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
- 2) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- 3) infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli, moto o natanti a motore (e relative prove)
  - 1) infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
  - 2) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
  - 3) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
  - 4) spese in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
  - 5) interruzione volontaria della gravidanza
  - 6) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza, per tumori maligni
  - 7) prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale), salvo quanto previsto alla garanzia "Cure Dentarie", se prevista in polizza
  - 8) cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici, salvo quanto previsto all'art. 23
  - 9) ogni conseguenza di anoressia e bulimia
  - 10) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza
  - 11) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)
  - 12) ricoveri in lungodegenza
  - 13) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari
  - 14) correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato
  - 15) interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica
  - 16) prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel "dopo il ricovero"
  - 17) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
  - 18) spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini
  - 19) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
  - 20) ricoveri impropri
  - 21) per le nuove sottoscrizioni, infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, le relative conseguenze e complicanze.

#### **Art. 26. Persone non assicurabili**

- le persone che alla decorrenza dell'assicurazione abbiano già compiuto 75 anni per i maestri di sci e relativi nuclei familiari, e 70 anni per tutti gli altri Assicurati. Per gli Assicurati che raggiungono il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga
- le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Se una di queste malattie si manifesta nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi<sup>15</sup>.

Possono essere assicurati i portatori di disabilità mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dall'Art. 25 "Esclusioni", n. 7.

### **CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO**

#### **Art. 27. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni**

##### **27.1 Oneri**

##### **Denuncia**

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a RBM Salute non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo<sup>16</sup>.

Se nella denuncia mancano elementi essenziali, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

##### **RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:**

###### **Assistenza diretta**

- garanzia non prevista
- mancanza completa di documentazione
- copertura assente
- struttura sanitaria o prestazione non convenzionata
- dato mancante (ad esempio il nome del medico per le visite specialistiche)
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

###### **Regime rimborsuale**

- garanzia non prevista
- mancanza completa di documentazione
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

##### **RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:**

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica in presenza di referto istologico)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario.

Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni dalla richiesta di RBM Salute, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

<sup>15</sup> Come previsto dall'art. 1898 del Codice civile.

<sup>16</sup> Art. 1915 del Codice civile.

### **Data del Sinistro**

- Prestazioni ospedaliere: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella della prima prestazione sanitaria fornita per lo specifico evento
- cure oncologiche, prestazioni fisioterapiche e odontoiatriche: quella della singola prestazione per lo specifico evento.

### **Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie**

Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare la documentazione di liquidazione di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.

### **Lingua della documentazione**

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

### **Visite di medici incaricati da RBM Salute**

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da RBM Salute e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi.

### **Decesso dell'Assicurato**

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono subito avvisare RBM Salute
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
  - estremi del testamento
  - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
  - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
  - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
  - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
  - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

Tali previsioni non operano relativamente all'indennità sostitutiva che non è trasmissibile agli eredi in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima delle dimissioni.

### **Uso di medici, odontoiatri e strutture convenzionati**

Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi solo in Assistenza diretta.

Non è ammesso il Regime rimborsuale.

Nel Regime misto l'obbligo riguarda solo le prestazioni della Struttura convenzionata. Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) o nell'app mobile.

### **Strutture ed équipe "TOP"**

Per la particolare specializzazione di queste strutture ed équipe e della qualità garantita, gli scoperti di base sono incrementati come segue (cfr. scheda riassuntiva - All.1):

- Assistenza diretta: scoperto base + 5%
- Regime rimborsuale: scoperto base + 10%

### **Prestazioni intramoenia**

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

### **Prestazioni tra due annualità**

Le prestazioni sanitarie/odontoiatriche o i cicli di cura/terapie iniziati in un determinato esercizio rientrano nel massimale previsto per ciascuna garanzia dello stesso periodo assicurativo.

L'eventuale quota di spesa che non rientra nel massimale annuo è a carico dell'Assicurato.

### **Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital**

I limiti di spesa (per esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

### **Imposte e oneri amministrativi**

Sono carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

## **27.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta o mista**

### **a) Prima della prestazione**

Sono previste 2 fasi: 1) richiesta del voucher 2) rilascio del voucher.

#### **Fase 1: richiesta del VoucherSalute®**

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale operativa (attiva 24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione necessaria.**

Per poter ricevere la prestazione autorizzata, **l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute® e consegnare la prescrizione medica.**

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'emissione del VoucherSalute® per ogni singola prestazione che deve eseguire (comprese le prestazioni odontoiatriche e terapie); non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

#### **Come chiedere il voucher**

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono
  - **800. 95.59.66** da telefono fisso (numero verde)
  - **0422.17.44.083** da cellulare e per chiamate dall'estero.

#### **Dati da fornire alla Centrale operativa**

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- prestazione da effettuare

- diagnosi o quesito diagnostico.

### Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata:
  - **è necessaria la prescrizione del medico di base per:** alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
  - prestazioni diverse da quelle sopra indicate: la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione;** se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**
  - prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero: per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.
- **copia del tesserino “esenzione 048”** per prestazioni oncologiche di follow-up
- **copia del certificato di prenotazione del ricovero** per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta
- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
  - **referto del Pronto Soccorso;** se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l’infortunio, l’Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l’Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall’infortunio, di essere visitato **a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da RBM Salute.** La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.  
Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l’infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**
  - se l’evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**
  - **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell’incidente, l’Assicurato deve inviare anche **il verbale dell’incidente redatto dalle forze dell’ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);
- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti,** in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- **prestazioni odontoiatriche:** per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all’Assicurato anche:
  - **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan e/o Teleradiografie**
  - **certificati di laboratorio**come meglio dettagliati nella tabella sotto riportata:

	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti
<b>CONSERVATIVA</b>	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	Fotografie in caso di ricostruzione con ancoraggio vite a perno	Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi solo certificato di laboratorio
<b>CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)</b>	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotetico	Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di  - estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche fattura dell'anestesista
<b>IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)</b>	Radiografie endorali e/o ortopantomiche e/o Dentalscan		Radiografie endorali e/o ortopantomiche
<b>PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)</b>	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio
<b>ORTOGNATODONZIA (per es. terapia ortodontica con apparecchiature fisse)</b>	Ortopantomica, teleradiografia, fotografie intraorali e dei modelli in gesso singoli e in occlusione		Fotografie post prestazione (con apparecchio/bite applicato)
<b>PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici)</b>	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	Fotografie in caso di: chirurgia gengivale, chirurgia mucogengivale o abbassamento di fornice, amputazioni radicolari, chirurgia ossea, innesto autogeno o di materiale biocompatibile (prima della sutura), lembo gengivale semplice, lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti mucogengivali, levigatura delle radici e/o courettage gengivale.	Fotografie e/o radiografie endorali endorali e/o ortopantomiche. In caso di placca di svincolo, anche certificato di laboratorio Placca di svincolo: foto post con apparecchio applicato e certificato laboratorio.
<b>IGIENE ORALE (ablazione del tartaro)</b>			Fotografie intraorali post prestazione
<b>DIAGNOSTICA (per es. radiografia endorale)</b>			Immagine referto che riporti data nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della prestazione

- **per escludere la presenza di patologie preesistenti:** certificato anamnestico e relativi referti
- **tutto ciò che è necessario per valutare correttamente e poter autorizzare il sinistro.**

#### Come trasmettere i documenti:

- da portale web o con l'app mobile
- per mail: [assistenza.europabenefits@previmedical.it](mailto:assistenza.europabenefits@previmedical.it)

#### Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale operativa

- se disponibili nel territorio, **sono individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative** (in caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione entro 30 giorni dal rilascio del voucher**
- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate proposte, o può individuarne una diversa; in quest'ultimo caso la Centrale operativa non garantisce che la prestazione sia eseguita entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

Esempio: se le prestazioni post ricovero possono essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® è rilasciato il 10 Novembre, il voucher ha validità di 20 giorni per eseguire le prestazioni.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

## Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

- **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta**, la Centrale operativa:
  - rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)
  - se richiede integrazioni alla documentazione sanitaria, **il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
  - invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

## Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 30 giorni dalla data di emissione.

**Se è scaduto da massimo 7 giorni:** l'Assicurato può chiederne la riemissione immediata entro 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza tramite la propria Area Riservata o l'app Mobile senza dover allegare di nuovo la documentazione già trasmessa.

**Se è scaduto da più di 7 giorni:** l'Assicurato deve chiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, allegando di nuovo tutta la documentazione necessaria.

Il VoucherSalute® è rinnovabile dal 20° giorno dalla sua emissione al massimo per altre due volte, quindi con una validità complessiva di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2020; a partire dal 20/03/2020 l'Assicurato che non lo ha ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che ha 30 giorni di validità dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non può più essere utilizzato. È consentita una ulteriore emissione del VoucherSalute®, per una validità di altri 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2020 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di riemissione, non può superare la data del 29/05/2020, per un totale 90 giorni dal 01/03/2020).

Se la riemissione è richiesta prima che siano finiti i 30 giorni di validità (e comunque dal 20° giorno di emissione del voucher), gli eventuali giorni di validità non usufruiti sono persi.

**Il voucher non può essere annullato dall'Assicurato.** Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullarlo, deve contattare la Centrale operativa.

### **Modifiche o integrazioni alle prestazioni**

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute®.

La preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate non è necessaria nei soli casi di emergenza (→ qui sotto, par. b).

### **Segnalazione di nuove Strutture**

Se hanno interesse per una struttura sanitaria che non è già parte del Network, gli Assicurati possono segnalare, perché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento.

È sufficiente proporre la candidatura a: [ufficio.convenzioni@previmedical.it](mailto:ufficio.convenzioni@previmedical.it).

### **b) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero)**

**Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa**

- l'Assicurato può chiedere il rilascio del voucher **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- l'Assicurato contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- **il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa** (per mail [assistenza.europabenefits@previmedical.it](mailto:assistenza.europabenefits@previmedical.it) o per fax 0422.17.44.583) **allegando** il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

La valutazione finale sulla effettiva esistenza del requisito di gravità rispetto al singolo caso è comunque effettuata dalla Centrale operativa; l'attivazione della procedura d'urgenza è subordinata a tale valutazione.

La procedura d'urgenza non può essere attivata per ricoveri in regime di Assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale operativa.

### **c) La prenotazione**

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione da RBM Salute, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

#### **d) Centrale operativa non attivata**

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

#### **e) Dopo la prestazione**

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, franchigie, prestazioni non previste dalle CDA), e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)
- RBM Salute effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota in caso di ricovero, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico<sup>17</sup>,...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: franchigie e scoperti).

### **27.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso**

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea, b) on line**. In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.
- le prestazioni devono
  - essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni**; se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**.
  - **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**
  - **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**
  - **fatturate** da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi**.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

RBM Salute si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

#### **a) Richiesta di rimborso cartacea**

Per ottenere il rimborso, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato deve compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** ([www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica) e allegare in fotocopia:

<sup>17</sup> D.Lgs 46/1997.

1. **documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola
2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È necessaria la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
3. **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera** (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital
4. dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
5. **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti**, in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
6. copia del **tesserino “esenzione 048”** per prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
7. **per trattamenti fisioterapici:**
  - i. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
  - ii. indicazione del **titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazioneLe richieste di rimborso devono essere presentate al termine della cura.
8. per prestazioni in **Regime misto**: l'Assicurato deve presentare anche:
  - un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata che attesta il pagamento delle prestazioni dell'équipe non convenzionata, oppure
  - prova del pagamento degli onorari medici (per esempio copia del bonifico bancario eseguito)
9. le richieste di rimborso per **cure dentarie** devono essere presentate al termine del piano di cura, a meno che il piano non sia previsto per più di una annualità. In questo caso deve essere inviato il preventivo di spesa insieme alla prima richiesta di rimborso
10. in caso di **infortunio** devono essere presentati anche:
  - **referto del Pronto Soccorso**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da RBM Salute. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.  
Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**
  - se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo.**  
**In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, **l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole).
11. **certificato medico che attesta la diagnosi di Trisomia 21** in caso di richiesta di indennità

- 12. per escludere la presenza di patologie preesistenti:** certificato anamnestico e relativi referti  
**13. tutto ciò che serve** per liquidare in modo corretto i sinistri.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:  
**RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.**  
**Ufficio Liquidazioni**  
**via Enrico Forlanini 24**  
**31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde**

#### **b) Richiesta di rimborso on line**

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata ([www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) - Gestisci la tua polizza on line - Fondi Sanitari Integrativi – Area Riservata – sinistri)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che RBM Salute considera equivalente all'originale. RBM Salute si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

#### **Restituzione delle somme indebitamente pagate**

Per ricovero in Assistenza diretta: se, durante o dopo il ricovero, si accerta che la polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione

- RBM Salute ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve
  - restituire a RBM Salute tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
  - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

### **CAPITOLO 4 - DISPOSIZIONI VARIE**

#### **Art. 28. Clausola Broker**

La gestione di questa polizza è affidata a Europa Benefits S.r.l., Corso Monforte 7, 20122 Milano (MI), quale broker di assicurazione. Il Contraente, gli Assicurati, gli Associati/Aziende Associate e RBM Salute danno atto che tutti i rapporti inerenti all'esecuzione del contratto avvengono tramite il broker.

## Sezione III

### Capitolo 1 - ComfortSalute®



#### 1) SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Se per infortunio o malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

##### a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:

- un esperto per un consulto telefonico immediato
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

##### b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, per infortunio o malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:

- la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie
- l'équipe medica, all'occorrenza, segnala all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari; l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione, anche per eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed eventualmente individuare le strutture più appropriate, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato **la documentazione clinica**.

##### c) Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

#### 2) INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO O DI AMBULANZA

Se l'Assicurato ha bisogno di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, può contattare la Centrale operativa che:

- accerta la necessità della prestazione
- invia uno dei medici convenzionati
- organizza il trasferimento nel centro medico idoneo più vicino con ambulanza se i medici convenzionati non possono intervenire.

Le visite domiciliari attivate tramite Centrale operativa sono a carico dell'Assicurato che paga direttamente il medico.

### **3) TRASFERIMENTO SANITARIO E RIENTRO SANITARIO (ANCHE DALL'ESTERO)**

Se per infortunio o malattia l'Assicurato ha bisogno di essere trasportato in ambulanza o auto medica dal proprio domicilio a un istituto di cura o ospedale (o viceversa) o da un istituto di cura a un altro, può chiedere che, nell'ambito delle garanzie ricoveri, il trasporto sia effettuato in forma diretta, gestito quindi dalla Centrale operativa.

In tal caso RBM Salute garantisce la liquidazione dei costi del trasporto fino a 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il solo rientro al domicilio, se l'Assicurato si trova ad almeno 50 km dallo stesso.

Non sono coperti i trasporti per terapie continuative.

### **4) ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE**

Se in seguito a ricovero per infortunio o malattia l'Assicurato ha bisogno di assistenza infermieristica domiciliare, può chiedere che, nell'ambito della garanzia Ricovero, la prestazione sia fornita in forma diretta, gestita quindi dalla Centrale operativa.

### **5) INVIO MEDICINALI URGENTI AL DOMICILIO**

Se l'Assicurato ha bisogno urgente di medicinali regolarmente prescritti e oggettivamente non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale operativa

- ritira la ricetta presso l'Assicurato
- gli consegna i medicinali.

**A carico dell'Assicurato resta solo il costo dei medicinali.**

### **6) INVIO DI UN FISIOTERAPISTA A DOMICILIO**

Se l'Assicurato, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, dovesse avere necessità di effettuare cicli di trattamenti fisioterapici anche a domicilio, potrà richiedere alla Centrale operativa, che provvederà a predisporre l'effettuazione degli stessi. Il costo dei trattamenti fisioterapici è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al fisioterapista.

### **7) RECUPERO E RIMPATRIO SALMA**

In caso di decesso dell'Assicurato, la Centrale operativa può organizzare e gestire, per il tramite di centri convenzionati che erogano il servizio, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia. Il contenuto del presente servizio è limitato all'organizzazione del trasporto e del rimpatrio della salma. I costi del trasporto e dell'organizzazione rimarranno a carico degli aventi diritto dell'Assicurato.

### **8) PROLUNGAMENTO DI SOGGIORNO ALL'ESTERO**

Se le condizioni di salute dell'Assicurato, certificate da prescrizione medica scritta, non gli permettono di intraprendere il viaggio di rientro in Italia dall'estero rispetto alla comprovata data predeterminata:

- la Centrale operativa provvede all'eventuale prenotazione di un albergo per prolungare il soggiorno
- sono a carico di RBM Salute le spese per un pernottamento (camera e prima colazione) in un albergo massimo 4 stelle.

È esclusa ogni diversa e ulteriore spesa.

### **9) RIENTRO ANTICIPATO DALL'ESTERO**

Se l'Assicurato deve rientrare dall'estero nella propria residenza in Italia prima della data programmata, a causa della morte o di ricovero ospedaliero con imminente pericolo di vita di coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni

- la Centrale operativa fornisce a proprie spese all'Assicurato un biglietto ferroviario di prima classe o aereo (viaggio in classe economica)

- il rientro anticipato deve essere comprovato da documento che riporti la data di rientro in precedenza programmata
- il decesso o il ricovero del familiare devono essere rispettivamente comprovati da certificato di morte rilasciato dall'anagrafe e da documentazione medica della struttura sanitaria dove è ricoverato il familiare.

Se, a causa del rientro anticipato, l'Assicurato ha dovuto lasciare all'estero il proprio veicolo, la Centrale operativa rende disponibile un ulteriore biglietto ferroviario di prima classe o aereo (viaggio in classe economica) per recuperare il veicolo.

#### **10) RIENTRO DEGLI ALTRI ASSICURATI**

Se dopo la prestazione "Rientro Sanitario" (→ punto 3) le persone assicurate che viaggiavano con l'Assicurato non sono oggettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto o utilizzato, la Centrale operativa fornisce loro a spese di RBM Salute un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

#### **11) INVIO DI UN INFERMIERE PER ASSISTENZA DI UN FAMILIARE NON AUTOSUFFICIENTE**

Se l'Assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi per malattia o infortunio, la Centrale operativa invia al domicilio dell'Assicurato un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente.

Limite: fino a di 250 euro per il solo onorario, ad evento.

#### **12) ASSISTENZA DI UN INTERPRETE ALL'ESTERO**

Se l'Assicurato, mentre si trova all'estero, è ricoverato in Istituto di Cura e ha difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Centrale operativa invia un interprete sul posto.

Limite: fino a 8 ore di assistenza.

#### **13) VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO E SPESE DI SOGGIORNO**

Se l'Assicurato è ricoverato in Istituto di cura per più di 10 giorni a seguito di malattia o di infortunio, RBM Salute

- paga un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per un familiare residente in Italia
- copre le spese di soggiorno fino a 150 euro per evento.

#### **14) ACCOMPAGNAMENTO DEI MINORI**

Se, per infortunio, malattia o causa di forza maggiore, l'Assicurato si trova all'estero nell'impossibilità di occuparsi dei figli minori di 15 anni assicurati da questa copertura, RBM Salute fornisce a sue spese un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di 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.

Sono escluse le spese di soggiorno del familiare accompagnatore.

#### **15) COLLABORATRICE FAMILIARE**

Se l'Assicurato è stato ricoverato in istituto di cura ed è temporaneamente invalido, e quindi non può sbrigare le principali incombenze domestiche, può contattare la Centrale operativa che gli segnala il nome di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

Il costo della collaboratrice familiare è a carico dell'Assicurato.

#### **16) CONSULENZA PEDIATRICA**

Se l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica pediatrica per i figli assicurati, la Centrale operativa mette a sua disposizione un'équipe di pediatri con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

## 17) SECOND OPINION

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza in Italia ed all'estero, complementare rispetto a una precedente valutazione medica.

## 18) CARD ELETTRONICA (RBM ASSICURAZIONE SALUTE – PREVIMEDICAL)

In caso di prestazioni non previste dal piano sanitario o di massimali esauriti, è a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al Network sanitario.

L'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati che aderiscono al circuito Card si trova sul sito [www.previmedical.it](http://www.previmedical.it) o può essere chiesto per telefono alla Centrale Operativa.

La Card è nominativa e si può scaricare dall'app mobile.

## 19) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

È a disposizione il servizio "Segui la tua pratica", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l'invio di SMS**.

L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso.

Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso
- predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso
- eventuale rifiuto della domanda di rimborso perché non indennizzabile.

## 20) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

**Sul sito internet [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it)**

- **Area riservata – CDA. Visualizzare le CDA** (Area riservata – Condizioni di assicurazione, sezione “Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi”, inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri).
- **Area riservata – Sinistri.** Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:
  - Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso (“Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi”)
  - visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
  - ricercare le strutture convenzionate con il Network
  - consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

### **App mobile “Citrus”**

Con l'app mobile “Citrus®”, è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa;
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche;
- pre-attivare le prestazioni in regime di assistenza diretta.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata, alla quale quindi occorre prima iscriversi.



Amministratore Delegato e  
Direttore Generale  
RBM Assicurazione Salute Spa

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli<sup>18</sup>:

<sup>18</sup> Art. 1341 del Codice civile.

- Art. 9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario
- Art. 10 - Altre assicurazioni/coperture
- Art. 11 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica
- Art. 12 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio
- Art. 14 - Forma delle comunicazioni
- Art. 19 - Foro competente
- Art. 25 - Esclusioni
- Art. 26 - Persone non assicurabili
- Art. 27 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

### Allegato 1: Scheda riassuntiva

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

Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
<b>A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE</b>	
Massimale	€ 160.000,00
Altri familiari (massimale aggiuntivo e separato)	€ 30.000,00
<b>Ricovero con/senza intervento</b> Condizioni:	
- diretta <input type="checkbox"/> Strutture ordinarie <input type="checkbox"/> Strutture ed Equipe "TOP" (all. 5 - 6)	Franchigia fissa € 1.000,00 Scoperto 5% minimo € 1.000,00
- rimborso <input type="checkbox"/> Strutture ordinarie <input type="checkbox"/> Strutture ed Equipe "TOP" (all. 5 - 6)	Scoperto 25% minimo € 1.600,00 fino al massimo della quota prevista dagli Interventi Plafonati Scoperto 35% minimo € 1.600,00 fino al massimo della quota prevista dagli Interventi Plafonati
- misto: <input type="checkbox"/> Strutture ordinarie diretta ed Equipe ordinaria a rimborso <input type="checkbox"/> Strutture "TOP" (all. 5) diretta e/o Equipe "TOP" a rimborso	Scoperto 25% minimo € 1.070,00 fino a Livelli di Indennizzo Scoperto 35% minimo € 1.070,00 fino a Livelli di Indennizzo
<b>Materiale intervento</b>	scoperto 30%
<b>Limite retta di degenza a rimborso</b>	€ 220,00 al giorno
<b>Pre/post</b>	
- con intervento	100/100 giorni
- senza intervento	60/60 giorni
<b>Sub massimali (*)</b>	
Day Hospital con/senza intervento ed Intervento Ambulatoriale	€ 3.000,00
Parto Naturale	€ 1.200,00
Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti	€ 2.700,00
Chirurgia refrattiva	€ 1.000,00 per occhio
Interventi urologici effettuati con chirurgia robotica	€ 5.000,00 per l'utilizzo del robot; € 10.000,00 per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico.
<b>Accompagnatore</b>	€ 50,00 al giorno per 20 giorni
<b>Trasporto</b>	€ 1.600,00
<b>Indennità sostitutiva</b>	
Ricovero con intervento	€ 95,00 al giorno per 200 giorni
Ricovero senza intervento	€ 95,00 al giorno per 200 giorni – franchigia 3 gg
Pre/post	60/60 giorni
<b>Neonati</b>	fino a 1 anno entro il limite massimo di € 30.000
<b>B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE</b>	
<b>1. Alta Specializzazione</b>	
Massimale	€ 2.140,00
Sub-massimale per ticket	€ 540,00
Condizioni:	da elenchi
- diretta	Scoperto 15% e minimo € 70,00
-rimborso	Scoperto 25% e minimo € 126,00
- ticket	Franchigia € 10,00
<b>2. Prestazioni Ambulatoriali/domiciliari</b>	
Massimale	€ 1.070,00
Sub-massimale per ticket	€ 540,00
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 20% e minimo € 60,00
-rimborso	Scoperto 20% e minimo € 100,00
- ticket	Franchigia € 10,00

<b>3. Cure oncologiche</b> Massimale Sub-massimale per ticket Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	€ 2.140,00 condiviso con "Alta specializzazione" € 540,00  Scoperto 15% e minimo € 70,00 Scoperto 25% e minimo € 126,00 Franchigia € 10,00
<b>C. PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE</b>	
<b>Trattamenti fisioterapici</b> Massimale Sub-massimale per ticket Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	€ 2.140,00 condiviso con "Alta specializzazione" € 540,00  Scoperto 15% e minimo € 70,00 Scoperto 25% e minimo € 126,00 Franchigia € 10,00
<b>D. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE</b>	
<b>Cure dentarie da infortunio</b> Massimale Sub-massimale per ticket Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	€ 2.140,00 condiviso con "Alta specializzazione" € 540,00  Scoperto 15% e minimo € 70,00 Scoperto 25% e minimo € 126,00 Franchigia € 10,00
<b>E. ALTRE GARANZIE</b>	
<b>1. Visite di controllo</b> Massimale Condizioni: - diretta	illimitato  100% - 1 visita all'anno per il titolare (1 ulteriore visita all'anno per uno dei componenti del nucleo assicurato diverso dal titolare)
<b>2. Fecondazione Eterologa</b> Massimale Condizioni: - diretta - rimborso	€ 250,00  100% 100%
<b>3. Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale</b> Massimale Condizioni	condiviso con Alta Specializzazione Vedi Alta Specializzazione
<b>4. Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di Assicurati)</b> Massimale	€ 1.000,00
<b>5. Controllo pediatrico</b> Massimale Condizioni: - diretta	illimitato  Franchigia € 36,15
<b>6. Immunonutrizione</b> Massimale Condizioni	illimitato 100%
<b>7. Cure termali minori</b> Massimale Cure inalatorie Condizioni: - diretta - rimborso Cure otorinolaringoiatriche Condizioni: - diretta - rimborso	illimitato  Scoperto 50% Max € 35,00  Scoperto 50% Max € 45,00
<b>ComfortSalute®</b>	Previsto

(\*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento"

## ALLEGATO 2

### INFORMATIVA IN MATERIA DI RACCOLTA E UTILIZZO DEI DATI PERSONALI RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Rev.3 del 07/02/2019

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti, riferiti sia a Lei che eventualmente ad altri Assicurati, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta il RBM Assicurazione Salute S.p.A. (di seguito "RBM").

#### 1 Finalità del trattamento

##### a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali, anche sensibili<sup>1</sup>, che riguardano Lei e/o gli altri Assicurati, al fine di fornire i servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Con riferimento a tali dati personali, si specifica che:

- alcuni (es. nome, cognome, indirizzo, codice fiscale) dovranno essere necessariamente forniti per dare esecuzione agli eventuali contratti assicurativi di cui Lei sia parte o a misure precontrattuali adottate su Sua richiesta;
- alcuni dovranno essere forniti per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione degli eventuali contratti assicurativi di cui Lei sia parte<sup>2</sup>;
- alcuni potranno essere forniti, anche tramite dispositivi elettronici (smart-IOT), per poter usufruire dei diversi servizi connessi ai contratti assicurativi;
- alcuni Le verranno richiesti ma il loro rilascio, sempre connesso con la finalità di esecuzione di eventuali contratti assicurativi, sarà facoltativo (es. indirizzo di posta elettronica), per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra Lei ed RBM.

Registrandosi all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricando le nostre App per dispositivi mobili (*FeeeUp* e *Citrus*) tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro sito Internet o direttamente tramite le App dal suo smartphone, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente alle App, tramite notifiche push, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati (i cosiddetti dati sensibili, dati idonei a rivelare le sue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del nostro sito, o tramite l'App utilizzando la fotocamera dello smartphone) per dare corso alle prestazioni previste dalla sua polizza e per fornirle i servizi richiesti, nonché per adempimenti normativi. Il conferimento di questi dati è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

<sup>1</sup> Per dati "sensibili" si intendono i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona, che il GDPR indica all'Art. 9 come "categorie particolari di dati personali".

<sup>2</sup> Ad esempio per disposizioni dell'IVASS e del Garante Privacy o per adempimenti in materia di accertamenti fiscali.

## 2 Modalità di trattamento e conservazione

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti<sup>3</sup>, sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, in maniera da garantire un adeguato livello di sicurezza, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo.

I dati sono trattati in Italia; eventualmente, ove necessario, potranno essere comunicati, per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della Unione Europea, nel rispetto della normativa relativa alla protezione dei dati personali, ad altri soggetti con funzioni di natura tecnica organizzativa e operativa che fanno parte della c.d. catena assicurativa<sup>4</sup>. Tali soggetti tratteranno i dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in qualità di autonomi Titolari.

I dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattarli, in qualità di Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

I dati personali vengono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento, e non sono soggetti a diffusione.

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

## 3 Diritti dell'interessato

Titolare del trattamento è RBM Assicurazione Salute S.p.A. Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

- a. accesso ai dati personali;
- b. rettifica dei propri dati personali (provvederemo, su Sua segnalazione, alla correzione di Suoi dati non corretti anche divenuti tali in quanto non aggiornati);
- c. revoca del consenso;
- d. cancellazione dei dati (diritto all'oblio) (ad esempio, in caso di revoca del consenso, se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento);
- e. limitazione del trattamento;
- f. opposizione al trattamento per motivi legittimi;
- g. portabilità dei dati (su Sua richiesta, i dati saranno trasmessi al soggetto da Lei indicato in formato che renda agevole la loro consultazione ed utilizzo);
- h. proposizione reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) inviando una mail all'indirizzo [privacy@rbmsalute.it](mailto:privacy@rbmsalute.it), o in alternativa scrivendo all'Ufficio Privacy presso la sede di RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

## 4 Titolare e Responsabile della Protezione dei Dati

RBM Assicurazione Salute S.p.A., con sede in via Forlanini n. 24 - 31022 Loc. Borgo Verde di Preganziol (TV), è il titolare del trattamento al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR scrivendo a [privacy@rbmsalute.it](mailto:privacy@rbmsalute.it) / [rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it](mailto:rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it)

Il Responsabile della protezione dei dati (RDP-DPO) è contattabile all'indirizzo [privacy@rbmsalute.it](mailto:privacy@rbmsalute.it).

<sup>3</sup> Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

<sup>4</sup> Si tratta, in particolare, di agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la nostra società ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni).

**ALLEGATO 3: Lista Interventi Plafonati**

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI PLAFONATI PER INTERVENTI CHIRURGICI  
IN REGIME RIMBORSUALE

<b>LISTA INTERVENTI</b>		<b>IMPORTO COMPLESSIVO RICOVERO (*)</b>
1	Interventi di artrodesi o stabilizzazione vertebrale	13.000
2	Artroprotesi di anca o ginocchio	18.000
3	Interventi per ernia del disco intervertebrale (qualsiasi metodica)	10.200
4	intervento per emorroidectomia e/o per asportazioni di ragadi e/o di fistole (qualsiasi metodica)	4.675
5	Riparazione della cuffia dei rotatori, compresa eventuale acromionoplastica	6.375
6	Legatura e stripping di vene	2.975
7	Isterectomia per fibroma, miomectomia, compresa eventuale annessiectomia (qualsiasi metodica)	6.275
8	Ricostruzione dei legamenti del ginocchio	7.225
9	Settoplastica funzionale per ostruzione respiratoria compresa turbinectomia	2.975
10	Tiroidectomia	8.500
11	Riparazione di ernia inguinale (qualsiasi metodica)	2.000
12	Asportazione di neoformazioni cutanee benigne (cisti in genere, lipomi e nevi)	250
13	Parto cesareo (incluso qualsiasi intervento concomitante)	6.000

**\*escluse spese pre e post**

## ALLEGATO 4

### PRESTAZIONI MISTE

#### LIVELLI DI INDENNIZZO APPLICATI ALLE EQUIPE NON CONVENZIONATE

Descrizione prestazione	Importo convenzionato
-------------------------	-----------------------

Nel caso di più interventi chirurgici, non collegati tra loro, ed effettuati nella stessa seduta operatoria, sarà riconosciuto il rimborso secondo i livelli di indennizzo riportati nel presente allegato, per l'intervento principale, mentre gli eventuali altri interventi verranno riconosciuti sino al 50% della cifra indicata nei livelli di indennizzo riportati nel presente allegato. Nel caso che gli interventi siano di integrazione o supporto all'intervento principale, il rimborso sarà riconosciuto solo per quest'ultimo.

<b><u>Interventi chirurgici cardiocirurgia e chirurgia vascolare</u></b>	
Bypass aorto coronarici multipli	3.136,50
Bypass aorto coronarico singolo	2.638,49
Cardiocirurgia a cuore aperto, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	3.136,50
Cardiocirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) - interventi di, salvo gli interventi descritti	2.472,48
Cisti del cuore o del pericardio	1.842,12
Commissurotomia per stenosi mitralica	1.991,30
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	1.327,28
Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	365,67
Embolectomia con Fogarty	448,29
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per	1.809,23
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	2.324,07
Massaggio cardiaco interno	149,94
Pericardiectomia parziale	1.493,28
Pericardiectomia totale	1.991,30
Pericardiocentesi	266,22
Reintervento con ripristino di C.E.C.	1.791,63
Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo	1.975,23
Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	2.804,49
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)	3.948,93
Trapianto cardiaco	9.956,48
Valvuloplastica cardiaca	2.638,49
Correzione percutanea di malformazioni vascolari (trattamento completo)	1.530,00

<b><u>Interventi chirurgici cardiologia interventistica</u></b>	
Ablazione trans catetere	1.194,93
Angioplastica coronarica singola	1.559,84
Angioplastica coronarica multipla	1.825,29
Applicazione di Stent intracoronarico a completamento di angioplastica	249,39
Seconda applicazione di Stent sulla stessa arteria	116,28
Biopsia endomiocardica destra	398,57
Biopsia endomiocardica sinistra	481,19

Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e Gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	1.194,93
Controllo elettronico del pace maker impiantato (compresa consulenza ingegnere)	90,27
Coronarografia + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	896,58
Coronarografia circolo nativo + studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	1.112,31
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell' eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateri e programmazione elettronica del pace maker	1.493,28
Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	448,29
Riprogrammazione elettronica del pace maker con misurazione soglia cardiaca con metodo non invasivo	90,27
Sostituzione generatore pace maker definitivo	298,35
Stand by cardochirurgico	598,23
Studio elettrofisiologico endocavitario	548,51

<b>Interventi chirurgici chirurgia della mammella</b>	
Ascesso mammario, incisione di	282,29
Mastectomia per ginecomastia maschile mammelle bilaterali	1.513,17
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate	2.190,20
Mastectomia semplice	1.261,49
Mastectomia con linfadenectomia	1.615,68
Mastectomia sottocutanea	1.327,28
Mastectomia ( qualsiasi tecnica con resezione del linfonodo sentinella o linfadenectomie associate )	1.958,40
Neoplasie e/o cisti benigne, asportazione di	717,57
Posizionamento punto di reperi per noduli non palpabili	74,97
Quadrantectomia con linfadenectomie associate	1.791,63
Quadrantectomia senza linfadenectomie associate	1.513,17

<b>Interventi chirurgici chirurgia della mano</b>	
Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	1.044,99
Artrodesi carpale	996,03
Artrodesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	746,64
Artroplastica	996,03
Artroprotesi carpale	1.991,30
Artroprotesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	1.327,28
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	664,02
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento incruento	149,94
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	1.044,99
Fratture e lussazioni del polso, trattamento incruento	249,39
Lesioni tendinee, intervento per	746,64
Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	813,20
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di De Quervain, tenosinoviti	598,23
Osteotomie (come unico intervento)	746,64
Pseudoartrosi delle ossa lunghe	664,02
Pseudoartrosi dello scafoide carpale	813,20
Retrazioni ischemiche	1.327,28
Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	2.987,33
Rigidità delle dita	664,02
Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)	2.987,33

Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.)	746,64
Sinovialectomia (come unico intervento)	664,02
Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	2.987,33

<b>Interventi chirurgici chirurgia generale - piccoli interventi – varie</b>	
Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso (*)	149,94
Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti (*)	45,90
Ascesso o flemmone diffuso, incisione di (*)	214,20
Ascesso o flemmone sottoaponeurotico, incisione di	249,39
Ascesso o flemmone superficiale, incisione di (*)	91,80
Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti (*)	61,20
Cisti sinoviale, asportazione radicale di	249,39
Corpo estraneo profondo extracavitario, estrazione di (*)	249,39
Corpo estraneo superficiale, estrazione di (*)	61,20
Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	182,07
Ematoma superficiale, svuotamento di (*)	61,20
Ematomi profondi extracavitari, svuotamento di (*)	183,60
Espianto di catetere peritoneale (*)	61,20
Ferita profonda della faccia, sutura di	149,94
Ferita profonda, sutura di	91,80
Ferita superficiale della faccia, sutura di (*)	91,80
Ferita superficiale, sutura di (*)	61,20
Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	249,39
Impianto chirurgico di catetere peritoneale	298,35
Medicazione ambulatoriale di ferita chirurgica (*)	30,60
Patereccio superficiale, intervento per (*)	91,80
Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)(*)	215,73
Tumore profondo extracavitario, asportazione di	448,29
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	166,77
Tumore superficiale o sottocutaneo benigno o cisti tronco/arti, asportazione di (*)	153,00
Unghia incarnita, asportazione di (*)	91,80
Unghia incarnita, cura radicale di (*)	153,00
Cisti pilonidale, asportazione di	367,20
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali non viene riconosciuta l'applicazione della tariffa di sala operatoria.	

<b>Interventi chirurgici chirurgia generale – collo</b>	
Ascessi, favi, flemmoni, incisione e drenaggio di	282,29
Biopsia prescalenica	149,94
Cisti o fistola congenita, asportazione di	548,51
Fistola esofago-tracheale, intervento per	1.493,28
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplasie benigne	746,64
Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni di	996,03
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	996,03
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	1.327,28
Linfoadenectomia sopraclaveare	664,02
Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico	298,35

Paratiroidi-trattamento completo, intervento sulle	1.493,28
Paratiroidi, re interventi	1.660,05
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	746,64
Tiroide, lobectomie	996,03
Tiroide, re intervento	1.493,28
Tiroidectomia per gozzo immerso con trattamento per via cervicale (+/- split sternale)	1.261,49
Tiroidectomia per gozzo intratoracico con trattamento per via sternotomica o toracotomia	1.493,28
Tiroidectomia subtotale	1.161,27
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale	1.825,29
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale	2.157,30
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	1.660,05
Tracheostomia, chiusura e plastica	365,67
Tracheotomia con tracheostomia d'urgenza	448,29
Tracheotomia con tracheostomia di elezione	298,35
Tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo, intervento per ferite del	996,03
Tumore maligno del collo, asportazione di	996,03

<b><u>Interventi chirurgici chirurgia generale – esofago</u></b>	
Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	1.161,27
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	1.327,28
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia	2.324,07
Esofagite, ulcera esofagea, intervento per	1.660,05
Esofago cervicale, resezione dell'	1.660,05
Esofago, resezione parziale dell'	1.709,01
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia	2.324,07
Esofagogastroduodenoscopia operativa	498,02
Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica- esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	1.660,05
Esofagostomia	746,64
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	1.161,27
Megaesofago, intervento per	1.660,05
Megaesofago, reintervento per	1.825,29
Protesi endo-esofagee, collocazione di	780,30
Sondaggio esofageo per dilatazione graduale (ciclo completo)	332,01
Stenosi benigne dell' esofago, interventi per	1.327,28
Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser	498,02
Varici esofagee, sclero terapia endoscopica	498,02
Varici esofagee: emostasi con sonda tamponante	298,35
Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	1.327,28

<b><u>Interventi chirurgici chirurgia generale - stomaco – duodeno</u></b>	
Dumping syndrome, interventi di riconversione per	1.493,28
Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	1.161,27
Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per	2.157,30
Gastrectomia totale con linfadenectomia	2.489,31
Gastrectomia totale per patologia totale	1.825,29
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	1.161,27
Gastrostomia	830,79
Piloroplastica (come unico intervento)	1.161,27
Resezione gastro duodenale	1.660,05

Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	1.991,30
Vagotomia selettiva, tronculare con piloro plastica	1.377,77
Vagotomia superselettiva	1.493,28

<b>Interventi chirurgici chirurgia generale - intestino digiuno - ileo - colon - retto - ano</b>	
Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	1.261,49
Appendicectomia con peritonite diffusa	1.112,31
Appendicectomia semplice a freddo	830,79
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	780,30
Ascesso perianale, intervento per	664,02
By-pass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne	1.825,29
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	1.327,28
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	696,92
Colectomia segmentaria	1.377,77
Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia	1.660,05
Colectomia totale	1.825,29
Colectomia totale con linfadenectomia	1.908,68
Colotomia con colorrafia (come unico intervento)	996,03
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	664,02
Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	996,03
Corpi estranei del retto, estrazione per via naturale semplice di	90,27
Corpi estranei del retto, estrazione per via addominale di	1.044,99
Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di	548,51
Digiunostomia (come unico intervento)	780,30
Diverticolo di Meckel, resezione di	780,30
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	780,30
Emicolectomia destra con linfadenectomia	1.592,73
Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia	1.825,29
Emorroidi interne, iniezione sclerosanti delle (a seduta)	45,14
Emorroidi e/o ragadi intervento radicale (qualsiasi tecnica)	795,60
Enterostomia (come unico intervento)	896,58
Fistola anale extrasfinterica	783,36
Fistola anale intrasfinterica	548,51
Fistole anali, laserchirurgia per trattamento (completo)	481,19
Hartmann, intervento	1.809,23
Ileostomia (come unico intervento)	846,09
Incontinenza anale, intervento per	1.194,93
Intestino, resezione dell'	1.377,77
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	1.377,77
Megacolon, intervento per	2.389,86
Megacolon: colostomia	746,64
Mikulicz, estrinsecazione secondo	780,30
Pan-colonscopia operativa	498,02
Polipectomia per via laparotomia	780,30
Polipo rettale, asportazione di	448,29
Procto-colectomia totale con pouch ileale	2.307,24
Prolasso rettale, intervento transanale per	780,30
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	1.161,27
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	2.157,30
Retto, amputazione del, per neoplasia dell' ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale	2.324,07
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del	2.239,92

Sfinterotomia (come unico intervento)	293,76
Sigma, miotomia del	1.261,49
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	1.327,28
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	1.377,77

<b>Interventi chirurgici chirurgia generale - parete addominale</b>	
Cisti, ematomi, ascessi, neoplasia benigna, flemmoni parete addominale	266,22
Diastasi dei retti, intervento per (come unico intervento)	830,79
Ernia crurale recidiva	830,79
Ernia crurale semplice	780,30
Ernia crurale strozzata	830,79
Ernia diaframmatica	1.327,28
Ernia epigastrica	780,30
Ernia epigastrica strozzata o recidiva	896,58
Ernia inguinale con ectopia testicolare	846,09
Ernia inguinale recidiva	846,09
Ernia inguinale semplice	780,30
Ernia inguinale strozzata	846,09
Ernia inguinale bilaterale	996,03
Ernia ombelicale	780,30
Ernia ombelicale recidiva	846,09
Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	1.161,27
Laparocele, intervento per	1.161,27
Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	896,58
Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	1.327,28
Puntura esplorativa addominale	90,27
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	846,09

<b>n Interventi chirurgici chirurgia generale – peritoneo</b>	
Ascesso del Douglas, drenaggio	896,58
Ascesso sub-frenico, drenaggio	996,03
Laparoscopia esplorativa/diagnostica	298,35
Laparoscopia operativa	598,23
Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	1.825,29
Laparotomia con resezione intestinale	1.858,95
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	996,03
Laparotomia per contusioni e ferite dell'addome senza lesioni di organi interni	1.261,49
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedono exeresi	1.991,30
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	1.559,84
Laparotomia per peritonite diffusa	1.178,87
Laparotomia per peritonite saccata	1.078,65
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	714,51
Lavaggio peritoneale diagnostico	149,94
Occlusione intestinale con resezione	1.660,05
Occlusione intestinale senza resezione	1.493,28
Paracentesi	116,28
Tumore retroperitoneale, exeresi di	1.559,84

<b>Interventi chirurgici chirurgia generale - fegato e vie biliari</b>	
Agobiopsia/ago aspirato	149,94
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	2.307,24
Biopsia epatica con laparotomia (come unico intervento)	598,23

Calcolosi intraepatica, intervento per	1.493,28
Cisti da echinococco multiple, pericistectomia	1.660,05
Cisti da echinococco, ascessi epatici	1.327,28
Colecistectomia	1.360,94
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	1.493,28
Colecistostomia per neoplasie non resecabili	1.161,27
Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia	1.925,51
Coledoco-epatico duodenostomia con o senza colecistectomia	1.709,01
Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia	2.041,79
Coledoctomia e coledocolicotomia (come unico intervento)	1.559,84
Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	996,03
Deconnessione azygos-portale per via addominale	1.825,29
Drenaggio bilio digestivo intraepatico	1.493,28
Incannulazione dell' arteria epatica per perfusione antitumorale	498,02
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed Accessoria (trattamento completo)	1.327,28
Papilla di Vater, exeresi	1.493,28
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	1.660,05
Papillotomia, per via endoscopica	996,03
Resezioni epatiche maggiori	2.157,30
Resezioni epatiche minori	1.493,28
Trapianto di fegato	9.956,48
Vie biliari, interventi palliativi	1.493,28
Asportazione endoscopica litiasi biliare	996,03
Vie biliari, re interventi	1.493,28

#### **Interventi chirurgici chirurgia generale - pancreas – milza**

Agobiopsia/agoaspirato pancreas	149,94
Ascessi pancreatici, drenaggio di	696,92
Biopsia con laparotomia (come unico intervento)	598,23
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	1.327,28
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	1.592,73
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia	2.324,07
Fistola pancreatica, intervento per	1.709,01
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	1.660,05
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	1.891,85
Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	1.825,29
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)	2.290,41
Pancreatite acuta, interventi conservativi	1.327,28
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	2.157,30
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	1.493,28
Splenectomia	1.493,28
Trapianto di pancreas	9.956,48

#### **Interventi chirurgici chirurgia oro-maxillo-facciale**

Calcolo salivare, asportazione di	365,67
Cisti del mascellare e della mandibola, operazione per	734,40
Cisti, mucose, piccole neoplasie benigne: della lingua o delle guance o del labbro o del pavimento orale (asportazione di)	298,35
Condilectomia (come unico intervento)	598,23
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell' articolazione temporo-mandibolare monolaterale	996,03
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell' articolazione temporo mandibolare bilaterale	1.660,05

Corpi estranei profondi di tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	481,19
Corpi estranei superficiali dei tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	182,07
Correzione di esiti di labioschisi	896,58
Correzione di naso da labioschisi	1.078,65
Epulidi, asportazione di (con resezione del bordo alveolare)	514,85
Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata)	182,07
Fistola del dotto di Stenone, intervento per	514,85
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	714,51
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleoresezione di	996,03
Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del	598,23
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	2.688,21
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	1.178,87
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	996,03
Fratture mandibolari, riduzione con ferule	481,19
Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	215,73
Labioalveoloschisi monolaterale	1.044,99
Labioalveoloschisi bilaterale	1.493,28
Labioschisi (semplice) monolaterale	746,64
Labioschisi bilaterale	1.327,28
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	996,03
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	1.493,28
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	996,03
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento laterocervicale funzionale o radicale	2.489,31
Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	548,51
Lussazione mandibolare, lussazione menisco monolaterale terapia chirurgica	746,64
Artroscopia, artrocentesi temporo-mandibolare	306,00
Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, lateroderivazioni mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)	3.501,41
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	1.577,43
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	1.577,43
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	1.825,29
Meniscectomia dell' articolazione temporo-mandibolare (come unico intervento)	780,30
Neoformazioni endosseie di grandi dimensioni, exeresi di	780,30
Neoformazioni endosseie di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, tours palatino e mandibolare), exeresi di	598,23
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	1.410,66
Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	896,58
Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	149,94
Palatoschisi parziale	1.044,99
Palatoschisi totale	1.327,28
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	1.493,28
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	1.044,99
Parotidectomia superficiale	1.327,28
Parotidectomia totale	1.592,73
Plastica di fistola palatina	780,30
Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	448,29

Ranula, asportazione di	365,67
Ricostruzione con innesti ossei dei mascellari	1.377,77
Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	1.327,28
Scappucciamento osteomucoso dente semincluso	90,27
Seno mascellare, apertura per processo alveolare	381,74
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	996,03
Valutazione elettrognatomiografica delle A.T.M.	332,01

<b>Interventi chirurgici chirurgia plastica ricostruttiva</b>	
Allestimento lembo peduncolato	730,58
Angiomi del viso grandi dimensioni (più di 4 cm). Con tecnica tradizionale, per tempo chirurgico (escluso espansore)	830,79
Angiomi del viso grandi dimensioni (più di 4 cm). Con laser, (trattamento totale)	530,91
Angiomi del viso piccole dimensioni (meno di 4 cm) Con tecnica tradizionale, per tempo chirurgico	763,47
Angiomi del viso piccole dimensioni (meno di 4 cm) Con laser, (trattamento totale)	464,36
Angiomi del tronco e arti grandi dimensioni (più di 7 cm) Con tecnica tradizionale, per tempo chirurgico (escluso espansore)	763,47
Angiomi del tronco e arti grandi dimensioni (più di 7 cm) Con laser, (trattamento totale)	530,91
Angiomi del tronco e arti piccole/medie dimensioni (meno di 7 cm). Con tecnica tradizionale, per tempo chirurgico	664,02
Angiomi del tronco e arti piccole/medie dimensioni (meno di 7 cm). Con laser, (trattamento totale)	464,36
Cheloidi piccole dimensioni asportazione di: Con tecnica tradizionale, per tempo chirurgico	266,22
Cheloidi piccole dimensioni asportazione di: Con laser, (trattamento totale)	464,36
Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di: Con tecnica tradizionale, per tempo chirurgico	498,02
Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di Con laser, (trattamento totale)	530,91
Cicatrici del tronco o degli arti di grandi dimensioni, correzione di: Per tempo chirurgico (escluso espansore)	664,02
Cicatrici del viso di grandi dimensioni, correzione di: Per tempo chirurgico	664,02
Ginecomastia monolaterale	830,79
Ginecomastia bilaterale	1.327,28
Iniezione intracheloidea	33,66
Iniezione compositi	598,23
Innesto dermo epidermico adiposo o cutaneo libero o di mucosa	498,02
Innesto di fascia lata	498,02
Innesto di nervo o di tendine	1.327,28
Innesto osseo o cartilagineo	830,79
Intervento di push-back e faringoplastica	1.161,27
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva	996,03
Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per	664,02
Malformazione semplice delle mani e dei piedi (sindattilia, polidattilia)	996,03
Malformazioni complesse delle mani e dei piedi (trattamento completo)	1.493,28
Modellamento di lembo in situ	498,02
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	830,79
Plastica V/Y, Y/V	498,02
Plastica a «Z» del volto	598,23
Plastica a «Z» in altra sede	498,02
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto	996,03
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto	664,02

Ricostruzione mammaria post-mastectomia radicale (per tempo chirurgico)	1.592,73
Ricostruzione mammaria post-mastectomia semplice totale	1.274,49
Ricostruzione mammaria post-mastectomia sottocutanea	1.194,93
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	996,03
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	830,79
Riparazione di P.S.C. con lembo fascio cutaneo	996,03
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	1.327,28
Riparazione di P.S.C. o esiti ciatriziali mediante espansore tissutale per tempo chirurgico, (escluso espansore)	830,79
Toilette di ustioni di grandi estensioni (prestazione ambulatoriale)	99,45
Toilette di ustioni di piccole estensioni (prestazione ambulatoriale)	50,49
Trasferimento di lembo libero micro vascolare	1.759,50
Trasferimento di lembo libero peduncolato	664,02
Tumori maligni profondi del viso, intervento per	332,01
Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per	266,22

#### **Interventi chirurgici chirurgia toraco-polmonare**

Agobiopsia Tc guidata	249,39
Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa	88,74
Ascessi, interventi per	996,03
Bilobectomie, intervento di	1.991,30
Biopsia laterocervicale	149,94
Biopsia sopraclaveare	149,94
Broncoinstillazione endoscopica	90,27
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	1.327,28
Decorticazione pleuro polmonare, intervento di	1.660,05
Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di accessi	548,51
Drenaggio cavità empi ematica	598,23
Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	448,29
Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	298,35
Enfisema bolloso, trattamento chirurgico	1.194,93
Ernie diaframmatiche traumatiche	1.660,05
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	1.493,28
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	846,09
Ferite con lesioni viscerali del torace	1.377,77
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	2.324,07
Fistole esofago-bronchiali, interventi di	1.809,23
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	846,09
Fratture costali o sternali, trattamento conservativo	149,94
Instillazione medicamentosa endopleurica isolata	59,67
Lavaggio bronco alveolare endoscopico	149,94
Lavaggio pleurico	59,67
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flail chest)	1.410,66
Lembo mobile toracico (flail chest), trattamento conservativo del	696,92
Linfadenectomia mediastinica (come unico intervento)	1.178,87
Mediastinoscopia diagnostica	365,67
Mediastinoscopia operativa	548,51
Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico	365,67
Neoformazioni costali localizzate	514,85
Neoformazioni del diaframma	1.178,87

Neoformazioni della trachea	714,51
Neoplasie maligne coste e/o sterno	1.194,93
Neoplasie maligne della trachea	2.091,51
Neoplasie e/o cisti del mediastino	1.991,30
Pleurectomia	1.327,28
Pleuropneumectomia	2.804,49
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	598,23
Pleurodesi in video toracosopia	1.161,27
Pneumectomia, intervento di	2.655,32
Pneumotorace terapeutico	226,44
Puntato sternale o midollare	90,27
Puntura esplorativa del polmone	182,07
Relaxatio diaframmatica	1.592,73
Resezione bronchiale con reimpianto	2.489,31
Resezione di costa soprannumeraria	1.327,28
Resezione segmentaria o lobectomia	1.660,05
Resezioni segmentarie atipiche	1.660,05
Resezioni segmentarie tipiche	1.991,30
Sindromi stretto toracico superiore	1.327,28
Timectomia	1.493,28
Torace carenato o escavato, trattamento chirurgico correttivo	1.660,05
Toracentesi	116,28
Toracoplastica, primo tempo	1.660,05
Toracoplastica, secondo tempo	896,58
Interventi in video toracosopia	365,67
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	996,03
Tracheo- broncoscopia esplorativa	253,22
Tracheo- broncoscopia operativa	548,51
Trapianto di polmone	9.956,48

<b>Interventi chirurgici chirurgia vascolare</b>	
Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	2.324,07
Aneurismi arterie distali degli arti	1.493,28
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici	1.660,05
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	1.825,29
Bendaggio elasto-compressivo arti inferiori	29,84
By-pass aorto-iliaco o aorto-femorale	1.660,05
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio	1.660,05
By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale	1.660,05
By-pass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	1.660,05
Elefantiasi degli arti	1.660,05
Embolectomia e/o trombolectomia arteriosa o vene profonde o cava	1.660,05
Fasciotomia de compressiva	448,29
Iniezione endoarteriosa	47,43
Iniezione sclerosante	15,30
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	598,23
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca	996,03
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea -omerale-Mammaria interna- brachiale-ascellare- glutea-carotide-vertebrale-succlavia-anonima	598,23
Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale- tiroidea-mascellare-temporale-facciale-radiale- cubitali-arcate palmari/pedide	448,29

Pseudoaneurismi post-traumatici o iatrogeni	1.825,29
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche CHIVA	1.327,28
Sindromi neurovascolari degli arti inferiori	1.660,05
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	746,64
Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	1.825,29
Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	1.991,30
Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	1.991,30
Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale	1.327,28
Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	1.991,30
Varicectomia (come unico intervento)	448,29
Varicectomia con legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	598,23

#### **Interventi chirurgici dermatologia - crioterapia – laserterapia**

Asportazione con laser di tumori benigni cutanei o delle mucose esclusi quelli del viso (unica seduta) (*)	116,28
Asportazione con laser di tumori benigni del viso (unica seduta) (*)	128,52
Asportazione neoformazioni cutanee (per seduta) (*)	122,40
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (per seduta) (*)	36,72
Trattamento mediante laser di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (prima seduta) (*)	55,08
Trattamento mediante laser di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (sedute successive) - massimo cinque sedute anno/solare (*)	30,60
Trattamento mediante laser di malformazioni vascolari superficiali (prima seduta) (*)	67,32
Trattamento mediante laser di malformazioni vascolari superficiali (sedute successive) massimo cinque sedute anno/solare (*)	36,72
Trattamento mediante laser di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	239,45

#### **Interventi chirurgici gastroenterologia ed endoscopia digestiva**

Dilatazione graduale del retto (per seduta)	99,45
Colonscopia totale operativa	498,02
Colonscopia totale operativa con posizionamento endo-loop	598,23
CPRE operativa	1.095,48
Esofagogastroduodenoscopia operativa	498,02
Trattamento endoscopico varici esofagee (1 seduta)	365,67
Trattamento endoscopico varici esofagee (sedute successive)	298,35
Trattamento endoscopico stenosi esofagee (1 seduta)	598,23
Trattamento endoscopico stenosi esofagee (sedute successive)	365,67
Posizionamento endoprotesi esofagee (esclusa protesi)	763,47
Manometria ano rettale	90,27
Manometria colon	106,34
Rettosigmoidoscopia operativa	365,67
Sondaggio duodenale	48,20
Sondaggio gastrico	26,78
Sondaggio gastrico frazionato con prove di stimolazione	59,67
Test all'idrogeno respiratorio per malassorbimento od intolleranza al lattosio	66,56
Test all'idrogeno respiratorio per proliferazione batterica del tenue	93,33

<b>Interventi chirurgici ginecologia</b>	
Adesiolisi	1.044,99
Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	149,94
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	1.327,28
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	1.526,94
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	996,03
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	1.327,28
Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	182,07
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	746,64
Ascesso pelvico, trattamento chirurgico	598,23
Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio	59,67
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	696,92
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	1.377,77
Cisti vaginale, asportazione di	298,35
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali	298,35
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	846,09
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purolente	448,29
Conizzazione e tracheloplastica	664,02
Denervazione vulvare	598,23
Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	47,43
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit- Leufour endouterino	249,39
Eviscerazione pelvica	2.489,31
Fistole ureterali, vescicovaginale, rettovaginale, intervento per	1.377,77
Idrotubulazione medicata (per seduta)	47,43
Imenotomia-imenectomia (come unico intervento)	182,07
Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale	1.344,87
Insufflazione tubarica	76,50
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia	2.489,31
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia	1.908,68
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, intervento di	1.592,73
Isteropessi	1.327,28
Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame)	149,94
Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	664,02
Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di	182,07
Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	548,51
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	530,91
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	598,23
Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica	1.825,29
Laparotomia per ferite e rotture dell' utero	1.261,49
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	53,55
Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)	1.194,93
Metroplastica (come unico intervento)	1.493,28
Miomectomie per via laparotomica e ricostruzione plastica dell' utero	1.261,49
Miomectomie per via vaginale	780,30
Neoformazioni della vulva, asportazione	215,73
Neurectomia semplice	1.194,93
Plastica con allargamento dell' introito (compreso intervento per vaginismo)	780,30
Plastica vaginale anteriore, intervento di	780,30
Plastica vaginale posteriore, intervento di	780,30
Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di	1.327,28

Polipi cervicali, asportazione di	90,27
Polipi orifizio uretrale esterno	149,94
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	1.327,28
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	548,51
Puntura esplorativa del cavo di Douglas	116,28
Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico	448,29
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	1.161,27
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	1.493,28
Salpingectomia monolaterale	1.044,99
Salpingectomia bilaterale	1.194,93
Salpingoplastica	1.327,28
Setto vaginale, asportazione chirurgica	548,51
Tracheloplastica (come unico intervento)	598,23
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	1.592,73
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	1.825,29
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	1.161,27
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	1.327,28
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	1.377,77
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	1.078,65
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per	2.324,07
Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	1.660,05
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	53,55
Vulvectomy parziale	846,09
Vulvectomy parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	996,03
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	2.489,31
Vulvectomy semplice (locale o cutanea), intervento di	1.261,49
Vulvectomy totale	1.377,77

<b>Interventi chirurgici neurochirurgia</b>	
Anastomosi spino-facciale e simili	1.559,84
Anastomosi vasi intra-extra cranici	2.599,47
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	2.324,07
Carotide endocranica, legatura della	1.925,51
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni via posteriore	2.324,07
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni via transorale	3.285,68
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, interventi di	2.489,31
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	2.324,07
Cranioplastica	2.324,07
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	1.377,77
Craniotomia per ematoma extra durale	1.991,30
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali	2.356,20
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	2.821,32
Derivazione liquorale diretta e indiretta, intervento per	1.825,29
Encefalomeningocele, intervento per	2.489,31
Epilessia focale, intervento per	2.621,66
Ernia del disco lombare	2.157,30
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	3.153,33

Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	2.489,31
Ernia del disco dorsale per via laterale	2.489,31
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	2.954,43
Fistola liquorale	2.157,30
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	1.327,28
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	1.991,30
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	3.285,68
Gangliectomia lombare e splancnicectomia	1.311,21
Ipfisi, intervento per via tran sfenoidale	2.655,32
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	1.660,05
Laminectomia ed esplorazione di tumori intra-durali extra midollari	2.655,32
Laminectomia ed esplorazione di tumori intramidollari	3.285,68
Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)	3.285,68
Mielomeningocele, intervento per	2.655,32
Neoplasie endocraniche, asportazione di	2.954,43
Neoplasie endorachidee extradurali, asportazione di	1.493,28
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	1.991,30
Neurolisi (come unico intervento)	714,51
Neurorrafia primaria (come unico intervento)	714,51
Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)	2.324,07
Neurotomia semplice (come unico intervento)	696,92
Plastica volta cranica	1.991,30
Plesso brachiale, intervento sul	1.592,73
Puntura epidurale	90,27
Puntura sottoccipitale per prelievo liquorale o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	149,94
Rachicentesi per qualsiasi indicazione	90,27
Registrazione continua della pressione intracranica	298,35
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	2.157,30
Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica	1.825,29
Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica	2.821,32
Simpatico cervicale: enervazione del seno carotideo, intervento sul	1.161,27
Simpatico cervicale: gangliectomia, intervento sul	1.161,27
Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	1.161,27
Simpatico dorsale: gangliectomia lombare, intervento sul	1.161,27
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splancnici	1.493,28
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	1.161,27
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	1.161,27
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	830,79
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	1.161,27
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	1.161,27
Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul	1.161,27
Stenosi vertebrale lombare	2.489,31
Stereotassi, intervento di Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili	1.908,68
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	746,64
Compressione del G. di Gasser con palloncino Fogarky	1.842,12
Termorizotomia del G. di Gasser o altri nervi cranici	2.174,13
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	696,92
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	1.161,27
Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per	2.804,49
Traumi vertebro-midollari via posteriore, intervento per	2.157,30
Tumore orbitale, asportazione per via endocranica	2.655,32
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	1.493,28

Tumori della base cranica, intervento per via trans orale	3.285,68
Tumori orbitali, intervento per via epipalpebrale	2.157,30

<b><u>Interventi chirurgici oculistica – orbita</u></b>	
Biopsia orbitaria	365,67
Cavità orbitaria, plastica per	780,30
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	696,92
Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	481,19
Exenteratio orbitae	1.028,93
Iniezione endorbitale	47,43
Operazione di Kronlein od orbitotomia	2.157,30
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	996,03

<b><u>Interventi chirurgici oculistica – sopracciglio</u></b>	
Cisti o corpi estranei, asportazione di	59,67
Elevazione del sopracciglio, intervento per	598,23
Plastica per innesto	498,02
Plastica per scorrimento	365,67
Sutura ferite	76,50

<b><u>Interventi chirurgici oculistica – palpebre</u></b>	
Ascesso palpebre, incisione di	45,14
Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: 1 palpebra	182,07
Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: ogni altra palpebra	90,27
Calazio	149,94
Cantoplastica	514,85
Elettrolisi delle ciglia (massimo due sedute)	25,25
Entropion-ectropion	548,51
Epicanto-coloboma	598,23
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: 1 palpebra (escluse finalità estetiche)	249,39
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: ogni altra palpebra (escluse finalità estetiche)	133,11
Ernie palpebrali, correzione di (escluse finalità estetiche)	149,94
Piccoli tumori o cisti, asportazione di	149,94
Riapertura di anchiloblefaron	90,27
Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	90,27
Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	215,73
Tarsorrafia (come unico intervento)	298,35
Tumori, asportazione con plastica per innesto	746,64
Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	481,19
Xantelasma semplice, asportazione di	182,07
Xantelasma, asportazione con plastica per scorrimento	414,63

<b><u>Interventi chirurgici oculistica - vie lacrimali</u></b>	
Chiusura del puntino lacrimale	59,67
Chiusura del puntino lacrimale con protesi	90,27
Dacriocistorinostomia o intubazione	746,64
Fistola, asportazione	266,22
Flemmone, incisione di (come unico intervento)	47,43
Impianto tubi di silicone nella stenosi delle vie lacrimali	149,94

Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	481,19
Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	29,84
Sondaggio o lavaggio vie lacrimali (per seduta)	25,25
Stricturotomia (come unico intervento)	45,14
Vie lacrimali, ricostruzione	696,92

#### **Interventi chirurgici oculistica – congiuntiva**

Corpi estranei, asportazione di	36,72
Iniezione sottocongiuntivale	25,25
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	481,19
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	398,57
Piccole cisti, sutura con innesto placentare	106,34
Plastica congiuntivale per innesto	481,19
Plastica congiuntivale per scorrimento	365,67
Pterigio o pinguecola	215,73
Sutura di ferita congiuntivale	90,27

#### **Interventi chirurgici oculistica – cornea**

Cheratoplastica a tutto spessore	1.377,77
Cheratoplastica lamellare	996,03
Corpi estranei dalla cornea, estrazione di	45,14
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	846,09
Crioapplicazioni corneali	59,67
Epicheratoplastica	1.161,27
Innesto membrana amniotica	856,80
Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	59,67
Odontocheratoprotesi	1.709,01
Paracentesi della camera anteriore	249,39
Sutura corneale (come unico intervento)	298,35
Tatuaggio corneale	298,35
Trapianto corneale a tutto spessore	1.991,30
Trapianto corneale lamellare	1.493,28

#### **Interventi chirurgici oculistica – cristallino**

Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale pseudo accomodativo in camera posteriore	1.530,00
Cataratta (senile, traumatica, patologica ), estrazione di	846,09
Cataratta complicata, estrazione di	996,03
Cataratta congenita o traumatica, discissione di	548,51
Cataratta molle, intervento per	996,03
Cataratta secondaria, discissione di	298,35

#### **Interventi chirurgici oculistica – congiuntiva**

Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	1.161,27
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore	448,29
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	769,59
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)	481,19
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	846,09
Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	1.112,31
Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	1.161,27
Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	1.377,77

<b><u>Interventi chirurgici oculistica – sclera</u></b>	
Sclerectomia	1.044,99
Sclerotomia (come unico intervento)	298,35
Sutura sclerale	398,57

<b><u>Interventi chirurgici oculistica - operazione per glaucoma</u></b>	
Alcoolizzazione nervo cigliare, intervento per	298,35
Ciclodialisi	769,59
Ciclodiatomia perforante	448,29
Crioapplicazione antiglaucomatosa	182,07
Goniotomia	769,59
Fotosclerectomia con laser ad eccimeri (per occhio)	1.161,27
Iridocicloretrazione	1.427,49
Microchirurgia dell' angolo camerulare	1.161,27
Operazione fistolizzante	1.161,27
Trabeculectomia	1.261,49
Trabeculectomia + asportazione cataratta – intervento combinato	1.592,73
Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale intervento combinato	1.725,84
Trabeculotomia	862,92

<b><u>Interventi chirurgici oculistica – iride</u></b>	
Cisti iridee, asportazione e plastica di	896,58
Iridectomia	664,02
Irido-dialisi, intervento per	896,58
Iridoplastica	598,23
Iridotomia	481,19
Prolasso irideo, riduzione	481,19
Sinechiotomia	548,51
Sutura dell' iride	548,51

<b><u>Interventi chirurgici oculistica – retina</u></b>	
Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiali usati durante l' intervento di distacco	448,29
Criotrattamento (come unico intervento)	896,58
Diatermocoagulazione retinica per distacco	896,58
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	2.954,43
Vitrectomia anteriore o posteriore	1.592,73

<b><u>Interventi chirurgici oculistica – muscoli</u></b>	
Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento	548,51
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento	846,09
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	896,58
Recessione-resezione-inginocchiamento, trattamento di	548,51
Strabismo paralitico, intervento per	896,58

<b><u>Interventi chirurgici oculistica - bulbo oculare</u></b>	
Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	696,92
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	1.493,28
Enucleazione o exenteratio	896,58
Enucleazione con innesto protesi mobile	1.078,65
Eviscerazione con impianto intraoculare	1.078,65

### **Interventi chirurgici oculistica - trattamenti laser**

chirurgia refrattiva (qualunque tecnica ) per 1 occhio	428,40
chirurgia refrattiva (qualunque tecnica ) per 2 occhi	734,40
Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, neovascolari	116,28
Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze( trattamento completo)	266,22
Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni (a seduta)	90,27
Laserterapia iridea ( per intero ciclo)	215,73
Laserterapia lesioni retiniche( per intero ciclo)	298,35
Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta)	90,27
Trattamenti laser per cataratta secondaria	182,07

### **Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia – bendaggi**

Bendaggio alla colla di zinco: coscia, gamba e piede	59,67
Bendaggio alla colla di zinco: gamba e piede	47,43
Bendaggio collare di Schanz	47,43
Bendaggio con doccia di immobilizzazione: gomito e polso	47,43
Bendaggio con doccia di immobilizzazione: in abduzione per arto superiore	59,67
Bendaggio con doccia di immobilizzazione: per arto inferiore	59,67
Bendaggio con medicazione	29,84
Bendaggio secondo Desault: amidato o gessato	90,27
Bendaggio secondo Desault: semplice	59,67
Bendaggio semplice con ovatta e garza	25,25
Bendaggio torace senza arto superiore	25,25
Stecca di Zimmer per dito, applicazione di	36,72

### **Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - apparecchi gessati**

Arto inferiore: coscia, gamba, piede (pelvipiedino)	133,11
Arto inferiore: gamba, piede (gambaletto)	90,27
Arto inferiore: ginocchiera	90,27
Arto superiore: avambraccio e mano	76,50
Arto superiore: braccio, avambraccio e mano	116,28
Arto superiore: torace ed arto superiore (toraco brachiale)	166,77
Calco di gesso per protesi arti	90,27
Corsetto con spalle	166,77
Corsetto senza spalle	133,11
Corsetto speciale per scoliosi e/o cifosi	215,73
Corsetto tipo Minerva	199,67
Delbet	59,67
Gypsotomia	36,72
Pelvicondiloideo	195,84
Pelvicondiloideo bilaterale	252,45
Pelvimalleolare	195,84
Pelvimalleolare bilaterale	252,45
Pelvipiedino	195,84
Pelvipiedino bilaterale	252,45
Scarpetta gessata	59,67
Stecca da dito	36,72

### **Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - lussazioni e fratture**

Riduzione incruenta di fratture-lussazioni: colonna vertebrale	548,51
Riduzione incruenta di fratture-lussazioni: grandi articolazioni	298,35
Riduzione incruenta di fratture-lussazioni: piccole articolazioni	116,28
Riduzione incruenta di fratture: applicazione di filo o chiodo transcheletrico	149,94
Riduzione incruenta di fratture: applicazione di skin traction	59,67
Riduzione incruenta di fratture: colonna vertebrale	631,13
Riduzione incruenta di fratture: grandi segmenti	332,01
Riduzione incruenta di fratture: medi segmenti (anche clavicola)	215,73
Riduzione incruenta di fratture: piccoli segmenti	116,28
Riduzione incruenta di lussazione traumatica: colonna vertebrale	548,51
Riduzione incruenta di lussazione traumatica: grandi articolazioni	266,22
Riduzione incruenta di lussazione traumatica: medie articolazioni	182,07
Riduzione incruenta di lussazione traumatica: piccole articolazioni	90,27
Applicazione di filo o chiodo tran scheletrico	166,77
Applicazione di skin traction	59,67

#### **Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi incruenti**

Mobilizzazione incruenta di rigidità: grandi articolazioni	249,39
Mobilizzazione incruenta di rigidità: medie articolazioni	215,73
Mobilizzazione incruenta di rigidità: piccole articolazioni	182,07
Osteoclasia	249,39
Torcicollo e scoliosi su letto speciale, correzione di	249,39
Terapia con "onde d'urto" per seduta (max 5/anno solare)	76,50

#### **Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi cruenti**

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica e metodica. Per trattamento completo si intende anche eventuale neurolisi e/o sinoviectomia nell'ambito dell'intervento principale.

Acromioplastica anteriore	1.194,93
Agoaspirato osseo	90,27
Alluce valgo	746,64
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	1.493,28
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	1.044,99
Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	714,51
Amputazione piccoli segmenti (trattamento completo)	448,29
Artrocentesi	39,78
Artrocentesi con introduzione di medicamento	47,43
Artrodesi vertebrale per via anteriore o spondilolistesi	2.621,66
Artrodesi vertebrale per via posteriore	2.324,07
Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore	2.987,33
Artrodesi: grandi articolazioni	1.261,49
Artrodesi: medie articolazioni	598,23
Artrodesi: piccole articolazioni	448,29
Artrolisi: grandi articolazioni	631,13
Artrolisi: medie articolazioni	598,23
Artrolisi: piccole articolazioni	481,19
Artroplastiche con materiali biologici: grandi articolazioni	1.261,49
Artroplastiche con materiali biologici: medie articolazioni	746,64
Artroplastiche con materiali biologici: piccole articolazioni	481,19
Artroprotesi: polso	1.660,05

Artroprotesi: spalla, parziale	2.324,07
Artroprotesi: spalla, totale	2.954,43
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	2.290,41
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	3.618,45
Artroprotesi: ginocchio	2.655,32
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	1.660,05
Artroscopia diagnostica ( come unico intervento)	183,60
Ascesso freddo, drenaggio di	90,27
Biopsia articolare	182,07
Biopsia ossea	182,07
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrale	846,09
Biopsia vertebrale a cielo aperto	548,51
Borsectomia	365,67
Calcaneo stop	548,51
Chemonucleolisi per ernia discale	1.493,28
Cisti meniscale o parameniscale, asportazione di	813,20
Cisti del Becker, asportazione di	830,79
Condrectomia	266,22
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	780,30
Costola cervicale e “outlet syndrome”, intervento per	1.327,28
Costruzione di monconi cinematici	996,03
Disarticolazione interscapolo toracica	2.489,31
Disarticolazioni, grandi articolazioni	2.324,07
Disarticolazioni, medie articolazioni	1.493,28
Disarticolazioni, piccole articolazioni	780,30
Elsmie-Trillat, intervento di	780,30
Emipelvectomia	2.324,07
Emipelvectomie “interne” con salvataggio dell’ arto	2.954,43
Epifisiodesi	1.194,93
Ernia del disco dorsale o lombare	2.157,30
Ernia del disco dorsale per via trans toracica	3.153,33
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	2.489,31
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	2.954,43
Esostosi semplice, asportazione di	548,51
Frattura esposta, pulizia chirurgica di	398,57
Infiltrazione articolare	15,30
Laterale release	266,22
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	996,03
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	1.493,28
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia) ricostruzione di	1.991,30
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	1.327,28
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	896,58
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	1.161,27
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozione di corpi mobili (trattamento completo)	1.377,77
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozione di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	1.493,28
Midollo osseo, espianto di	448,29
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	1.327,28
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	1.044,99
Osteosintesi vertebrale	1.991,30
Osteosintesi: grandi segmenti	1.327,28

Osteosintesi: medi segmenti	1.044,99
Osteosintesi: piccoli segmenti	746,64
Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)	896,58
Osteotomia semplice	631,13
Perforazione alla Boeck	249,39
Prelievo di trapianto osseo con innesto	780,30
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	1.493,28
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	1.044,99
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	746,64
Puntato tibiale o iliaco	59,67
Radiodistale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	1.825,29
Reimpianti di arto o suo segmento	4.646,61
Resezione articolare	996,03
Resezione del sacro	1.327,28
Resezione ossea	996,03
Riallineamento metatarsale	1.044,99
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	1.825,29
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	1.194,93
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie o piccole articolazioni	548,51
Rimozione mezzi di sintesi	481,19
Rottura cuffia rotatoria della spalla, riparazione	1.194,93
Scapulopessi	1.062,59
Scoliosi, intervento per	2.489,31
Sinovialectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	664,02
Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	548,51
Spalla, resezioni complete secondo Tichor-Limberg	2.324,07
Stenosi vertebrale e lombare	2.489,31
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento	1.493,28
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	1.327,28
Toilette chirurgica e piccole suture	90,27
Trapianto di midollo osseo (omnicomprensivo di servizi ed atti medici)	8.297,19
Traslazione muscoli cuffia e rotatori della spalla	830,79
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	1.660,05
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	1.161,27
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	530,91
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali , asportazione di	2.655,32
Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo)	2.655,32
Volkman, intervento per retrazioni ischemiche	1.493,28

**Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia tendini - muscoli - aponevrosi - nervi periferici**

Cisti tendinea (come unico intervento)	398,57
Deformità ad asola	1.044,99
Dito a martello	448,29
Gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	365,67
Neurinomi, trattamento chirurgico di	714,51
Neurinoma di Morton, intervento per	928,71
Sindromi canalicolari del piede	830,79
Tenolisi (come unico intervento)	448,29
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	498,02
Tenorrafia complessa	830,79
Tenorrafia semplice	398,57

Tenotomia, miotomia, aponeurectomia (come unico intervento)	896,58
Torcicollo miogeno congenito, int. Per	896,58
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	996,03

<b>Interventi chirurgici ostetricia</b>	
Aborto terapeutico	464,36
Amnioscopia	59,67
Assistenza al parto eutocico, distocico, plurimo, podalico, prematuro, pilotato (comprensiva di qualsiasi atto operativo chirurgico e della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero)	1.327,28
Parto tramite taglio cesareo conservativo o demolitivo, comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero	1.713,60
Cerchiaggio cervicale	448,29
Colpoperineorrafia per deiscenza sutura, intervento di	298,35
Cordocentesi	448,29
Fetoscopia	448,29
Lacerazione cervicale, sutura di	249,39
Laparotomia esplorativa	598,23
Laparotomia esplorativa, con intervento demolitivo	1.261,49
Mastite puerperale, trattamento chirurgico	182,07
Revisione delle vie del parto, intervento per	448,29
Revisione di cavità uterina per aborto in atto- postabortivo-in puerperio, intervento per	448,29
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparatomica, intervento di	996,03
Riduzione manuale per inversione di utero per via vaginale, intervento di	548,51
Secondamento manuale	149,94

<b>Interventi chirurgici otorinolaringoiatria – orecchio</b>	
Antroatticotomia con labirintectomia	1.825,29
Ascesso cerebrale, apertura per via trans mastoidea	2.324,07
Ascesso del condotto, incisione di	90,27
Ascesso extradurale, apertura per via trans mastoidea	1.991,30
Atresia auris congenita completa	2.324,07
Atresia auris congenita incompleta	1.991,30
Cateterismo tubarico (per seduta)	15,30
Corpi estranei dal condotto, asportazione per via naturale con lavaggio	15,30
Corpi estranei dal condotto, asportazione strumentale	47,43
Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retro auricolare	215,73
Fistole congenite, asportazione di	598,23
Mastoidectomia	996,03
Mastoidectomia radicale	1.825,29
Miringoplastica per via endoaurale	780,30
Miringoplastica per via retro auricolare	1.327,28
Miringotomia (come unico intervento)	116,28
Neoplasia del padiglione, exeresi di	448,29
Neoplasie del condotto, exeresi	548,51
Nervo vestibolare, sezione del	3.153,33
Neurinoma dell' ottavo paio	3.285,68
Osteomi del condotto, asportazione di	448,29
Petrosectomia	2.821,32
Petrositi suppurate, trattamento delle	1.991,30
Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di	182,07
Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	1.377,77

Sacco endolinfatico, chirurgia del	1.825,29
Stapedectomia	1.660,05
Stapedotomia	1.725,84
Tappi di cerume, estrazione di	15,30
Timpanoplastica con mastoidectomia	2.057,85
Timpanoplastica senza mastoidectomia	1.261,49
Timpanoplastica, secondo tempo di	696,92
Timpanotomia esplorativa	448,29
Tumori dell' orecchio medio, asportazione di	1.327,28

<b>Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - naso e seni paranasali</b>	
Adenoidectomia	598,23
Adenotonsillectomia	996,03
Atresia coanale, intervento per	996,03
Cisti e piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	266,22
Corpi estranei, asportazione di	47,43
Diaframma coanale osseo, asportazione per via trans palatina	780,30
Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	746,64
Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	1.044,99
Fistole oro antrali	298,35
Fratture delle ossa nasali, riduzioni di	298,35
Instillazione sinusale (per ciclo di terapia)	47,43
Ozena, cura chirurgica dell'	598,23
Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	266,22
Rinofima, intervento	598,23
Rinosettoplastica con innesti di osso	1.327,28
Rinosettoplastica, revisione di	548,51
Seni paranasali, intervento per mucocoele	1.377,77
Seni paranasali, intervento radicale monolaterale	1.224,77
Seni paranasali, intervento radicale bilaterale	1.709,01
Seno frontale, svuotamento per via esterna	598,23
Seno frontale, svuotamento per via nasale	598,23
Seno mascellare, puntura diameatica del	76,50
Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale	448,29
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	746,64
Seno sfenoidale, apertura per via trans nasale	1.327,28
Setto-etmoidostenotomia decompressiva neurovascolare conservativa conturbinotomie funzionali	1.327,28
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo e secondo grado monolaterale allargata	1.327,28
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	1.660,05
Settoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia	1.254,60
Sinechie nasali, recisione di	59,67
Speroni o creste del setto, asportazione di	149,94
Tamponamento nasale anteriore	29,84
Tamponamento nasale antero-posteriore	59,67
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	746,64
Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di	2.489,31
Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento)	249,39
Turbinati, cauterizzazione dei (come unico intervento)	59,67
Turbinotomia (come unico intervento)	182,07
Varici del setto, trattamento di	76,50

**Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - faringe - cavo orale - orfaringe - ghiandole salivari**

Ascesso peritonsillare, incisione	149,94
Ascesso retro-faringeo o latero-faringeo	249,39
Corpi estranei endofaringei, asportazione di	90,27
Fibroma rinofaringeo	1.327,28
Leucoplachia, asportazione	119,34
Neoplasie parafaringee	2.091,51
Tonsillectomia	696,92
Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	298,35
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	1.261,49
Ugulotomia	149,94
Velofaringoplastica	1.161,27

**Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - laringe e ipofaringe**

Adduttori, intervento per paralisi degli	1.825,29
Ascesso dell' epiglottide, incisione	182,07
Biopsia in laringoscopia	74,97
Biopsia in microlaringoscopia	133,11
Cauterizzazione endolaringea	50,49
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	846,09
Cordectomia	1.327,28
Cordectomia con il laser	1.825,29
Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	298,35
Diaphragma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	1.062,59
Dilatazione laringea (per seduta)	74,97
Laringectomia parziale	1.660,05
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	2.157,30
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale	2.655,32
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale	2.987,33
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	1.991,30
Laringocele	1.161,27
Laringofaringectomia totale	2.157,30
Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	398,57
Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia	598,23
Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	448,29
Nervo laringeo superiore, alcoolizzazione del	90,27
Papilloma laringeo	498,02
Pericondrite ed ascesso perilaringeo	498,02

**Interventi chirurgici urologia - piccoli interventi e diagnostica urologica**

Cambio tubo cistostomico (*)	42,84
Cambio tubo pielostomico (*)	97,92
Cateterismo vescicale nell' uomo con patologia stenotica (unico trattamento) (*)	61,20
Cateterismo vescicale nella donna (come unico trattamento) (*)	30,60
Esame urodinamico completo ( compresi eventuali test farmacologici ) (*)	128,52
Parafimosi, riduzione incruenta di (*)	67,32
Rigidometria peniena notturna (3 notti - RIGISCAN) (*)	183,60

Uretra, dilatazione con sonde morbide o rigide (per seduta) (*)	61,20
Uroflussimetria (*)	42,84

Le voci contrassegnate da asterisco (\*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali non viene riconosciuta l'applicazione della tariffa di sala operatoria.

<b>Interventi chirurgici urologia - endoscopia diagnostica</b>	
Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	119,34
Cistoscopia ed eventuale biopsia	182,07
Cromocistoscopia e cateterismo ureterale bilaterale	249,39
Cromocistoscopia e cateterismo ureterale monolaterale	215,73
Cromocistoscopia per valutazione funzionale	119,34
Ureterosopia (omnicomprensiva)	266,22
Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	99,45

<b>Interventi chirurgici urologia - endoscopia operativa</b>	
Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	664,02
Collo vescicale e prostata, resezione endoscopica del	1.327,28
Collo vescicale, resezione per sclerosi recidiva	598,23
Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	365,67
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali (per seduta)	266,22
Formazioni ureterali, resezione endoscopica di	746,64
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	1.224,00
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, etc.	1.161,27
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	746,64
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	249,39
Meatotomia uretrale (come unico intervento)	149,94
Nefrostomia percutanea bilaterale	664,02
Nefrostomia percutanea monolaterale	448,29
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	1.261,49
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	1.526,94
Reflusso vescico ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	780,30
Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	249,39
Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	365,67
Ureterocele, intervento endoscopico per	746,64
Uretrotomia endoscopica	598,23
Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	448,29
Wall Stent per stenosi uretrali compresa nefrostomia	1.377,77
Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (uolume)	598,23

<b>Interventi chirurgici urologia - rene</b>	
Agobiopsia renale percutanea	149,94
Laparotomia esplorativa del rene comprese eventuali biopsie	734,40
Cisti renale per via percutanea, puntura di	119,34
Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	266,22
Cisti renale, resezione	664,02
Eminefrectomia	2.157,30
Litotripsia per calcolosi renale e/o ureterale monolaterale (tratt. completo)	1.825,29
Litotripsia per calcolosi renale e/o ureterale bilaterale (tratt. completo)	2.324,07
Lobotomia per ascessi pararenali	1.161,27
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	2.389,86

Nefrectomia polare	1.592,73
Nefrectomia semplice	1.377,77
Nefropessi	1.161,27
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	996,03
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	2.489,31
Nefroureterectomia radicale più trattamento trombocavale (compresa surrenectomia)	2.522,21
Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	1.044,99
Pielocentesi (come unico intervento)	266,22
Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	1.660,05
Pielouretero plastica per stenosi del giunto	1.559,84
Surrenectomia (trattamento completo)	2.389,86
Trapianto di rene	9.956,48

<b>Interventi chirurgici urologia - uretere</b>	
Transuretero-ureteroanastomosi	1.044,99
Uretero-ileo-anastomosi monolaterale	2.157,30
Uretero-ileo-anastomosi bilaterale	2.821,32
Ureterocistoneostomia monolaterale	1.261,49
Ureterocistoneostomia bilaterale	1.556,78
Ureterocutaneostomia monolaterale	896,58
Ureterocutaneostomia bilaterale	1.327,28
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di	1.660,05
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale), intervento di	2.324,07
Ureteroileocutaneostomia non continente	1.493,28
Ureterolisi più omentoplastica	780,30
Ureterolitotomia lombo-iliaca	1.161,27
Ureterolitotomia pelvica	1.261,49
Ureterosigmoidoscopia monolaterale	1.261,49
Ureterosigmoidoscopia bilaterale	1.493,28

<b>Interventi chirurgici urologia - vescica</b>	
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	746,64
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	1.493,28
Cistectomia parziale semplice	1.194,93
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	2.324,07
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	2.655,32
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	2.489,31
Cistolitotomia (come uico intervento)	598,23
Cistopessi	813,20
Cistorrafia per rottura traumatica	664,02
Cistostomia sovrapubica	365,67
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	1.660,05
Diverticulectomia	1.194,93
Estrofia vescicale (trattamento completo)	2.821,32
Fistola e/o cisti dell' uraco, intervento per	1.078,65
Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	780,30
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	2.157,30
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	1.825,29

Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	1.991,30
Vescicoplastica antireflusso bilaterale	1.855,13
Vescicoplastica antireflusso unilaterale	1.493,28

#### **Interventi chirurgici urologia - prostata**

Agoaspirato/agobiopsia prostata	106,34
Cura per affezione della prostata con prostathermer (per ciclo di cura annuale)	746,64
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	2.821,32
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	1.660,05

#### **Interventi chirurgici urologia - uretra**

Calcoli o corpi estranei, rimozione di	298,35
Caruncola uretrale	298,35
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	598,23
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell' uretra	746,64
Epispadia e ipospadia balanica e uretroplastica, intervento per	1.660,05
Epispadia e ipospadia peniena e uretroplastica, intervento per	1.759,50
Fistole uretrali	1.261,49
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	1.044,99
Ipospadia scrotale o perineale, intervento per (trattamento completo-plastica)	1.825,29
Meatotomia e meatoplastica	398,57
Polipi del meato, coagulazione di	182,07
Prolasso mucoso uretrale	398,57
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	996,03
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	1.327,28
Rottura traumatica dell' uretra	996,03
Terapia rieducativa minzionale (per seduta)	15,30
Uretrectomia totale	1.161,27
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	1.161,27
Uretroplastiche (lombi liberi o pedunculati), trattamento completo	1.493,28
Uretrostomia perineale	746,64

#### **Interventi chirurgici urologia - apparato genitale maschile**

Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	298,35
Cisti del funicolo ed epididimo, exeresi	598,23
Deferenti, legatura dei (per patologie croniche)	448,29
Deferenti, ricanalizzazione dei	996,03
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	1.991,30
Epididimectomia	813,20
Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	489,60
Fistole scrotali o inguinali	780,30
Frenulotomia e frenuloplastica	182,07
Funicolo, detorsione del	813,20
Idrocele, intervento per	598,23
Idrocele, puntura di	74,97
Induratio penis plastica	830,79
Iniezione endocavernosa	25,25
Interventi di legatura per impotenza da fuga venosa	1.044,99
Interventi per induratio penis plastica	1.493,28
Interventi sui corpi cavernosi (corporoplastiche, etc.)	1.194,93
Orchidopessi monolaterale	996,03

Orchidopessi bilaterale	1.327,28
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale	2.489,31
Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	830,79
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuale protesi	664,02
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuale protesi	1.044,99
Parafimosi, intervento per	365,67
Pene, amputazione parziale del	746,64
Pene, amputazione totale con linfadenectomia	1.493,28
Pene, amputazione totale del	1.161,27
Pene, rivascolarizzazione per impotenza vasculogenita in microchirurgia	1.493,28
Posizionamento di protesi peniena	1.493,28
Priapismo (percutaneo), intervento per	664,02
Priapismo (shunt), intervento per	1.112,31
Scroto, resezione dello	481,19
Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	746,64
Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per	1.493,28
Varicocele con tecnica microchirurgica	1.327,28
Varicocele, intervento per	1.224,00

## **ALLEGATO 5: Lista delle Strutture “TOP”**

### **ROMA**

Casa di Cura Villa Margherita

Casa di Cura Paideia S.p.A.

Casa di Cura Mater Dei S.p.A.

Casa di Cura Pio XI

Fondazione Santa Lucia

CDC Villa Mafalda

### **MILANO**

Casa di Cura La Madonnina S.p.A..

Istituto Nazionale Tumori

Humanitas Mirasole S.p.A.. (Istituto Clinico Humanitas)

Istituto Europeo di Oncologia

Istituto Cardiologico Monzino

### **TORINO**

Casa di Cura Sedes Sapientiae

Casa di Cura Fornaca

### **BERGAMO**

Humanitas Gavazzeni

### **VARESE**

Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata S.p.A.

### **GENOVA**

Villa Montallegro

**ALLEGATO : Lista Equipe "TOP"**

<b>N.</b>	<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>	<b>CITTA'</b>	<b>SPECIALITA'</b>
1	ALEANDRI	VINCENZO	ROMA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
2	ANGIOLI	ROBERTO	ROMA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
3	BARILLARI	PAOLO	ROMA	CHIRURGIA GENERALE
4	BENECH	FRANCO	TORINO	NEUROCHIRURGIA
5	BENEDETTI PANICI	PIERLUIGI	ROMA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
6	CHIARIELLO	LUIGI	ROMA	CARDIOCHIRURGIA
7	COLAO	FERNANDO	FIRENZE	ORTOPEDIA
8	COLLETTI	VITTORIO	VERONA/MILANO	ORL
9	COPPOLA	ROBERTO	ROMA	CHIRURGIA
10	CAMPISI	CORRADINO	GENOVA	CHIRURGIA DEI VASI LINFATICI
11	CUCCINIELLO	CARMINE	MILANO	ORTOPEDIA
12	DANARO	VINCENZO	ROMA	ORTOPEDIA
13	DELITALA	ALBERTO	ROMA	NEUROCHIRURGIA
14	DERACO	MARCELLO	MILANO	CHIRURGIA ONCOLOGICA
15	DEVITA	ROY	ROMA	CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA (MAMMELLA)
16	FACCILOLO	FRANCESCO	ROMA	CHIRURGIA TORACICA
17	FIORANELLI	MASSIMO	ROMA	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA
18	GALLUCCI	MICHELE	ROMA	UROLOGIA
19	GOTTARELLI	PAOLO	BOLOGNA	CHIRURGIA PLASTICA
20	LEO	ERMANNNO	MILANO	CHIRURGIA COLORETTALE
21	MAIRA	GIULIO	ROMA	NEUROCHIRURGIA
22	MEANI	ENZO	MILANO	ORTOPEDIA
23	NERONI	MASSIMILIANO	ROMA	NEUROCHIRURGIA
24	PIREDDA	ALESSIO	ROMA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
25	POZZI	GIUSEPPE	ROMA	CHIRURGIA MININVASIVA
26	POZZI	GIUSEPPE	ROMA	SURGICAL EXCELLENCE & HEALTHCARE (ulteriore specialità)
27	ROMAGNOLI	SERGIO	MILANO	ORTOPEDIA
28	SANTINI	MASSIMO	ROMA	CARDIOLOGIA
29	SCAMBIA	GIOVANNI	ROMA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
30	SCIARRETTA	FABIO VALERIO	ROMA	ORTOPEDIA
31	SEMPRINI	AUGUSTO	MILANO	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
32	SPRIANO	GIUSEPPE	ROMA	ORL
33	TICOZZI	PAOLO	MILANO	GINECOLOGIA E OSTETRICIA

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.  
*Sede Legale e Direzione Generale:*  
Via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)  
Tel. +39 0422 062700 – Fax: +39 0422 1745025  
[direzionecommerciale@rbmsalute.it](mailto:direzionecommerciale@rbmsalute.it)

*Sede Secondaria:*  
Via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)  
Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702  
Internet: [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) - E-Mail: [info@rbmsalute.it](mailto:info@rbmsalute.it); [rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it](mailto:rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it)

---

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico  
Capitale Sociale € 160.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145  
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).