AUTORITÀ PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI
AGCOM

CAPITOLATO TECNICO DELLA GARA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA DELLE SPESE SANITARIE PER IL PERSONALE DELL'AUTORITA'

"ASSISTENZA 1 – BASE

DIPENDENTI

COPERTURA COLLETTIVA
PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO
DELL'AUTORITA' PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI
DI RIMBORSI E CONTRIBUTI ECONOMICI
IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE PER
MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO"

Numero gara: 1315952
CIG [1260221F40]

Per presa visione (timbro e firma): _____

ART. 1) ASPETTI GENERALI 3
ART. 2) ASSISTITI E OPERATIVITA' DELLA COPERTURA 3
ART. 3) LIMITI DI ASSISTENZA 4
ART. 4) PRESTAZIONI 5
ART. 5) PRESTAZIONI ESCLUSE 11
ART. 6) CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RIMBORSO ... 11
ART. 7) CONTROVERSIE 14
ART. 8) FORO COMPETENTE 14
ART. 9) REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO 14
ART. 10) OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO 14

Per presa visione (timbro e firma): _____

ART. 1) ASPETTI GENERALI

La Compagnia di Assicurazione …… (in seguito denominata Compagnia) aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto concernente il servizio di copertura delle spese sanitarie in favore del personale della Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni (in seguito denominato Autorità), e la Cassa …….. (in seguito denominata Cassa) sulla base di specifici accordi intervenuti tra di esse, si impegnano, sulla base del presente contratto, ad erogare al personale dell'Autorità di cui al successivo Art. 2 (in seguito denominati Assistiti) indennizzi, rimborsi di spesa e contributi economici per i casi di malattia, infortunio e parto secondo le norme di seguito indicate.

Dette prestazioni verranno rese per il tramite della citata ……. , Cassa di Assistenza iscritta all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al Decreto del Ministro del Lavoro del 27/10/2009, idonea ad assumere la contraenza del programma di rimborso.

La durata del servizio è di anni tre, con possibilità di recesso da ambo le parti dopo il primo biennio mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 180 giorni prima di tale scadenza - fermo che non e' consentito alla Compagnia/Cassa inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste. L'assunzione del rischio da parte della Compagnia/Cassa decorre dalle ore 24:00 del 30/06/2011 e fino alle ore 24:00 del 30/06/2014.

E' facoltà dell'Autorità richiedere alla Compagnia/Cassa il rinnovo del servizio – entro il 31.12.2013 - per una ulteriore annualità, laddove ritenuto opportuno e secondo la normativa vigente.

E' facoltà e libera scelta dell'Assistito ottenere le prestazioni mediche coperte dal presente contratto secondo le modalità dell'Assistenza Diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.

Per malattia ed infortunio di intendono, rispettivamente: "ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio" e "ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili".

ART. 2) ASSISTITI E OPERATIVITA' DELLA COPERTURA

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore dell'Assistito e si estende al coniuge ed ai figli fiscalmente a carico senza pagamento di ulteriori quote.

L'assistenza può inoltre includere, su richiesta dell'Assistito e dietro pagamento di specifiche quote capitarie, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico (anche se non conviventi), il convivente more uxorio e i figli di questo, nonché gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con l'Assistito siano o no a carico dello stesso.

L'inserimento in assistenza di tali familiari deve riguardare tutti i componenti risultanti dallo stato di famiglia dell'Assistito (purché a loro volta assistibili); nel caso di inserimento del coniuge o di un figlio non conviventi e fiscalmente non a carico, è obbligatorio l'inserimento anche degli altri figli e/o del coniuge del dipendente anagraficamente conviventi con il coniuge/figlio che si intende inserire. Dall'obbligo di inserimento in assistenza di tutti i familiari assistibili sono esclusi:

- I familiari assistibili che già beneficiano di "analoga assistenza", da intendersi come altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal proprio datore di lavoro;

Per presa visione (timbro e firma): _____

- Il convivente more uxorio e i figli di questo. Peraltro, l'inserimento in assistenza di uno dei soggetti in questione comporta l'obbligatorio inserimento di tutti i familiari assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente.

TRANNE CONIUGE E FIGLI, NESSUN PARENTE O AFFINE NON CONVIVENTE CON IL TITOLARE DELL'ASSISTENZA PUO' ESSERE INSERITO IN ASSISTENZA.

Per gli Assistiti diversi da coniuge, figli, convivente more uxorio e figli di questo, fratello e sorella (fatta eccezione per coloro che aderiscono alla presente copertura senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale) e per tutti gli Assistiti al superamento del 75° anno di età, è fatto obbligo di compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico. Il diritto alle prestazioni, ovvero il mantenimento delle stesse, è subordinato all'accettazione da parte della Cassa che avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della Cassa e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso del contributi nel frattempo versati.

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti;
- durante il permanere del rapporto di lavoro con l'Autorità sottoscrittore e fino alla prima scadenza annuale dell'assistenza in caso di cessazione del rapporto di lavoro stesso. In caso di decesso del dipendente, il nucleo già assistito avrà facoltà, con oneri a proprio totale carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza della presente contratto; a tal fine, un familiare dovrà subentrare nella posizione di titolare dell'assistenza e pagare il Contributo, ove ancora dovuto, previsto per quest'ultimo.
- dalla data dell'evento (assunzione, nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, rientro da aspettativa, insorgere di convivenza more-uxorio, insorgere di convivenza per il parente ed affine entro il 3° grado, venir meno di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro) purché la comunicazione alla Cassa avvenga entro trenta giorni dall'evento stesso.

Per gli Assistiti già aderenti alla previgente copertura collettiva, nonché per i dipendenti assunti o rientrati da aspettativa con decorrenza successiva al 31.05.2011, e per i casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, convivenza more uxorio, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il 3° grado, venir meno di "analoga assistenza" come sopra definita (purché gli inserimenti vengano effettuati entro i trenta giorni dall'evento) non è previsto alcun termine di aspettativa.

L'intervento della Cassa in favore dei neoassistiti che non hanno rispettato il termine dei trenta giorni è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni di:

- 270 giorni per il parto;
- 180 giorni per la cura delle malattie croniche, recidivanti, e per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

ART. 3) LIMITI DI ASSISTENZA

I contributi economici di cui all'art. 1 sono erogati, per le prestazioni di cui al presente contratto, fino alla concorrenza della complessiva somma annua di € 160.000,00 (centosessantamila/00), fermo quanto previsto dal successivo art. 4 PRESTAZIONI, ove per limite di assistenza per nucleo

Per presa visione (timbro e firma): _____

familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito (di cui al precedente art. 2) per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale. Tale somma si intenderà raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'allegato elenco). Inoltre, qualora il nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992, ovvero certificato dalla ASL con totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa, il limite di assistenza si intenderà maggiorato del 20%.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

ART. 4) PRESTAZIONI

A. *PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA*

Il rimborso riguarda:

1. in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in regine di ricovero o day hospital presso istituto di cura ovvero in regime ambulatoriale:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i grandi interventi, per quelli effettuati in convenzione diretta e per i giorni di degenza in unità coronariche ed assimilate, unità di terapia intensiva e sub intensiva);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nel 100 gg precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati nel 120 gg successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico; trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nel 180 gg successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo il rimborso massimo sarà pari a € 6.000,00 (seimila/00) per evento (sia in regime di convenzione diretta che in regime di non convenzione diretta), con applicazione dello scoperto previsto al punto B per i ricoveri fuori convenzione.

2. In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico:

- Accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
- Rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta e per i giorni di degenza in unità coronariche ed assimilate, unità di terapia intensiva e sub intensiva);
- Accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche specialistiche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg precedenti e nei 60 gg successivi al ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

3. In caso di parto fisiologico:

Per presa visione (timbro e firma): _____

- sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta).

Il rimborso complessivo massimo sarà comunque pari a € 3.000,00 (tremila/00) per evento (sia in regime di convenzione diretta che in regime di non convenzione diretta).

4. Per il neonato:

- Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.500,00 (millecinquecento/00) anno/nucleo.

5. Trasporto

- Le spese di trasporto dell'assistito all'istituto di cura e viceversa – in caso di intervento chirurgico - con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), con un massimo di € 1.300,00 (milletrecento) per ricovero (sia in Italia che all'estero).

Nei casi in cui nei capoluoghi di provincia di residenza dell'Assistito non esistessero strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) in convenzione diretta nonché nei casi in cui, per la presenza di una lista di attesa, la struttura non possa effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate agli Assistiti le spese documentate per il trasporto ferroviario, in 1° classe, dal luogo di residenza al capoluogo di provincia ove esistono strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) convenzionate, e ritorno. Per gli Assistiti della Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura non convenzionato richiede il pagamento di un anticipo, vengono rimborsate all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

B. <u>SCOPERTI, FRANCHIGIE E LIMITI DI PRESTAZIONI</u>

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punto 1) prevede:

- Per i grandi interventi chirurgici, quali indicati nell'allegato elenco, non verrà applicato alcuno scoperto/franchigia né limiti alla retta di degenza;
- Per gli interventi (compreso il parto cesareo) **non in convenzione diretta**:

  - se effettuati in regime di ricovero, l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 1.300,00 (milletrecento/00) oltre ai limiti di rimborso pro die di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza.

  - se effettuati in regime ambulatoriale o di day hospital, l'applicazione di una franchigia fissa di € 500,00 (cinquecento/00);

- Per gli interventi **in totale regime di convenzione diretta** (sia struttura sanitaria che equipe medica):

  - se effettuati in regine di ricovero, l'applicazione di una franchigia fissa di € 1.300,00 (milletrecento/00);

  - se effettuati in regime ambulatoriale o di day hospital, l'applicazione di una franchigia fissa di € 300,00 (trecento/00).

Qualora la degenza abbia luogo presso un centro convenzionato, ma l'assistito si avvalga, per

Per presa visione (timbro e firma): _____

l'intervento, di equipe medico-chirurgica non convenzionata, è comunque attivabile, a termini del successivo Art. 6, il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura Sanitaria Convenzionata con la seguente modalità:

- sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata verrà applicata una franchigia fissa di Euro 500,00 (cinquecento/00),

- sulla parte di spesa relativa alle prestazioni dell'equipe medico-chirurgica non convenzionata verrà applicato uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 800,00 (ottocento/00).

Gli interventi oculistici di chirurgia rifrattiva e con laser ad eccimeri sono ammessi a rimborso nei soli casi di anisometria superiore a quattro diottrie o di deficit visivo, anche di un solo occhio, pari o superiore a sei diottrie. Il limite di rimborso per tali interventi è pari ad € 500,00 (cinquecento/00) per occhio e per anno con il limite di € 1.000,00 (mille/00) per anno e per nucleo.

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punto 2) prevede:

- Per i Ricoveri **non in convenzione diretta**:

  - applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 1.300,00 (milletrecento/00) oltre ai limiti di rimborso pro die di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza.

  - se effettuati in regime ambulatoriale o di day hospital, l'applicazione di una franchigia fissa di € 500,00 (cinquecento/00);

- Per i Ricoveri **in regime di convenzione diretta**:

  - applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 500,00 (cinquecento/00);

  - se effettuati in regime ambulatoriale o di day hospital, l'applicazione di una franchigia fissa di € 300,00 (trecento/00);

Per i ricoveri **a carico del S.S.N.**, il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero nonché della "differenza di classe" relativa alle spese di degenza (entrambe nei limiti previsti alla precedente lett. A) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto/franchigia.

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punti 3), 4) e 5) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto/franchigia, fermo restando il limite di € 260,00 giornalieri per le rette di degenza non in convenzione diretta.

C. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI

Il rimborso riguarda le "prestazioni di alta diagnostica" e "prestazioni specialistiche" di cui ai punti successivi punti 1 e 2), con il limite assistenziale complessivo di € 6.500,00 (seimilacinquecento/00) per anno/nucleo (da intendersi maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi delle legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa), con sotto-limite di € 2.000,00 (duemila/00) anno/nucleo per le prestazioni specialistiche, nel cui ambito opera un ulteriore sottolimite pari ad € 1.000,00 (mille/00) anno/nucleo per le prestazioni di psicoterapia di cui al successivo punto 2) lettera c.

1) PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA

AGOASPIRATO;

AMNIOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologie delle gestante o del feto;

Per presa visione (timbro e firma): _____

ANGIOGRAFIA;
ANGIOGRAFIA DIGITALE;
ARTERIOGRAFIA DIGITALE;
ARTROFRAFIA;
BRONCOGRAFIA;
BRONCOSCOPIA;
CARDIOTAC;
CISTERNOGRAFIA;
CLISMA OPACO;
CISTOGRAFIA;
CISTOSCOPIA;
COLONSCOPIA;
COLANGIOGRAFIA;
COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA;
COLECISTOGRAFIA;
CORONAROGRAFIA;
DOC;
DOPPLER;
DUODENOSCOPIA;
ECOCARDIOGRAMMA;
ECODOPPLER;
ECOCOLORDOPPLER;
ECOGRAFIA;
ELETTROCARIDOGRAFIA;
ELETTROENCAFALOGRAFIA;
ESAME CITOLOGICO;
ESAME ISTOLOGICO;
ESOFAGOSCOPIA;
FLUORANGIOGRAFIA RETINICA;
GALATTOGRAFIA;
GASTROSCOPIA;
HOLTER;
LASERTERAPIA;
LINFOGRAFIA;
MAMMOGRAFIA;

Per presa visione (timbro e firma): _____

MIELOGRAFIA;

MOC;

PANCOLONSCOPIA;

PET;

RADIONEFROGRAMMA;

RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA;

RETINOGRAFIA;

RETTOSCOPIA;

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;

RX ESOFAGO ;

RX TUBO DIGERENTE;

SCINTIGRAFIA;

SPECT;

TAC;

TELECUORE;

UROFLUSSOMETRIA;

UROGRAFIA;

VILLOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologie delle gestante o del feto;

2) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

a) Onorari medici specialistici per visite e prestazioni (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche), visite omeopatiche;

b) Analisi ed esami diagnostici ivi compresi gli onorari dei medici (con esclusione di quelli già previsti al precedente punto 1);

Le prestazioni di cui ai punti a e b sono rimborsabili se la relativa documentazione riporti la diagnosi o il sospetto diagnostico.

c) terapie: alcolizzazione, chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, terapie radianti, terapia del dolore, psicoterapia, logopedia; fisioterapia a seguito di infortunio, ictus cerebrale, forme neoplastiche, tutte le forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche. Le suindicate terapie sono rimborsabili solo se effettuate da medico e dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata. Relativamente alla psicoterapia, alla logopedia e alla fisioterapia le stesse sono rimborsabili anche se effettuate rispettivamente da psicoterapeuta, da logopedista iscritto all'albo e da fisioterapista diplomato.

d) Cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, effettuate in ambulatorio.

La fisioterapia e le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio (lett. c e d del presente punto 2), saranno rimborsate solo se documentate da apposita certificazione ospedaliera comprovante l'avvenuto infortunio.

Per presa visione (timbro e firma): _____

Le prestazioni di cui alla lettera C – Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali - vengono rimborsate con uno scoperto del 20% con il minimo di

- € 65,00 se effettuate in regime di convenzione diretta;

- € 90,00 se effettuate non in regime di convenzione diretta.

Nel caso di prestazioni non effettuate in regime di convenzione diretta, al fine dell'applicazione di un unico scoperto, la richiesta di rimborso dovrà essere presentata al termine del ciclo di cura.

I ticket relativi alle prestazioni di cui alla lettera C – Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali vengono rimborsati senza l'applicazione di scoperto e gli stessi andranno presentati con cadenza semestrale (30 giugno e 31 dicembre di ogni anno).

D. PROTESI

Il rimborso riguarda le spese sostenute per acquisto e riparazioni di protesi ortopediche, definite come "sostituzione artificiale di parte anatomica" con il limite anno/nucleo di € 1.100,00 (millecento/00).

E. CURE ONCOLOGICHE

Il rimborso riguarda le spese sostenute con il limite di € 10.000,00 (diecimila/00) anno/nucleo, in seguito a patologie oncologiche per:

- Assistenza infermieristica domiciliare;
- Visite specialistiche;
- Chemioterapia
- Terapie radianti.

Il rimborso delle suindicate prestazioni (qualora già previste dalla precedente lett. C), avverrà utilizzando in primo luogo il limite di assistenza indicato alla presente lett. E, ovvero, in caso di esaurimento dello stesso, utilizzando quello indicato alla precedente lett. C

Le prestazioni di cui alle lettera E vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto.

F. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

Il rimborso riguarda le spese sostenute per i trattamenti fisioterapici prescritti da medico specialista ed eseguiti da persone in possesso dei titoli abilitativi previsti dal Decreto del Ministero della Sanità 27/7/2000 pubblicato sulla G.U. n. 190 del 16/08/2000 con il limite di € 1.000,00 (mille/00) anno/nucleo.

Le prestazioni sopra indicate vengono accordate con uno scoperto del 25% con il minimo di € 100,00 per ciclo di cura (massimo 10 sedute).

G. LONG TERM CARE

Per il solo titolare dell'Assistenza Base e relativamente alle sole malattie manifestatesi ed ai soli infortuni occorsi durante il periodo di vigenza del presente contratto che comportino esiti invalidanti permanenti o semi permanenti che determinino uno stato di non autosufficienza tale da rendere necessaria una continuativa assistenza anche per le esigenze della vita quotidiana, vengono rimborsate le spese documentate di assistenza anche domiciliare e/o quelle di ricovero presso strutture specializzate, nel limite di € 5.000,00 (cinquemila/00) per anno/persona.
Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica prevedibilmente totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

Per presa visione (timbro e firma): _____

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile),
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali),

e necessiti in modo costante:

- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- di sorveglianza medica o infermieristica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime domiciliare o di ricovero di lunga degenza.

ART. 5) PRESTAZIONI ESCLUSE

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- Intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- Chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico;
- Interventi di chirurgia rifrattiva e trattamenti con laser a eccimeri salvo quanto previsto dall'Art. 4 punto B;
- I ricoveri causati dalla necessità dell'assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza salvo quanto previsto all'Art. G "Long Term Care";
- Agopuntura e prestazioni fisioterapiche (ove previste) se non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- Psicoterapia se non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;
- Logopedia se non effettuata da medico specialista o da logopedista iscritto all'Albo;
- Cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 4 lett. C punto 2 sub d);
- Infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motociclistiche e alle relative prove di allenamento;
- Conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- Infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose.

ART. 6) CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RIMBORSO

L'Assistito può, a sua scelta, avvalersi della procedura di assistenza diretta presso strutture e/o medici convenzionati oppure anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta)

A. ASSISTENZA DIRETTA

Per presa visione (timbro e firma): _____

Il servizio può essere richiesto in caso di:

a) ricovero con o senza intervento chirurgico (con o senza pernottamento, incluso quindi day-hospital e day-surgery)

b) prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica o specialistiche;

c) cure oncologiche

In caso di interventi chirurgici l'assistenza diretta può essere attivata anche quando la relativa convenzione sia vigente con l'istituto/casa di cura ma non con il medico scelto dall'assistito. In tal caso, il regime di assistenza diretta e le relative tariffe operano per le prestazioni diverse da quelle dell'intervento chirurgico, anche se connesse con l'intervento stesso, secondo la disciplina di seguito riportata, per quanto applicabile.

Il servizio viene attivato con le modalità di seguito riportate

1. Primo contatto telefonico con la Centrale operativa

Per accedere al servizio di assistenza diretta l'Assistito deve telefonare preventivamente alla Centrale operativa: ordinariamente, la telefonata di richiesta del servizio deve avvenire almeno 5 giorni prima rispetto alla data della prestazione/ricovero previsti; la Centrale operativa è comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza. Nel corso del primo contatto, l'Assistito deve indicare gli estremi del contratto, la Struttura sanitaria convenzionata prescelta e l'equipe medica della quale intende avvalersi (la Centrale operativa è così messa in condizione di verificare se l'equipe medica sia convenzionata, avuto riguardo all'esistenza o meno di un convenzionamento con il primo operatore o con il medico titolare del ricovero). L'Assistito deve inoltre fornire i recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

La scelta della Struttura sanitaria e del medico spetta sempre all'Assistito.

La Centrale operativa è a disposizione per fornire informazioni sulla rete di strutture sanitarie.

2. Adempimenti successivi

Successivamente alla telefonata di primo contatto – e comunque almeno 3 giorni prima del ricovero – l'Assistito deve trasmettere (via fax/mail) alla Centrale operativa la certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta. Ove necessario, l'Assistito viene contattato da un medico della Centrale operativa per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

3. Risposta della Centrale operativa

Dopo aver verificato, sulla base di quanto emerso a seguito del primo contatto telefonico, della certificazione medica e dell'eventuale colloquio con il medico, che la garanzia assicurativa è, nella fattispecie, operante, la Centrale operativa conferma telefonicamente all'Assistito – entro il giorno antecedente al ricovero – l'accesso al servizio di pagamento diretto alla Struttura sanitaria e alla equipe medica convenzionate, evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dal contratto, quali franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale.

Se, prima della prestazione, la Centrale operativa ritiene, per quanto valutato in base alle informazioni ricevute, di escludere, nella fattispecie, l'operatività della garanzia, ovvero di non poter formulare un giudizio in merito, ne da immediata notizia telefonica all'Assistito, chiarendo i motivi alla base di tale decisione. Successivamente, l'Assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese sostenute alla Cassa, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo nella forma di rimborso delle spese. La Cassa provvederà ad un'ulteriore valutazione del caso sulla base della documentazione complessivamente acquisita e a corrispondere l'indennizzo, se dovuto. Se ex post venga accertato che l'assistito avrebbe avuto titolo

Per presa visione (timbro e firma): _____

all'assistenza diretta, il rimborso verrà corrisposto in base alle condizioni del convenzionamento, totale o parziale.

Per usufruire del servizio di pagamento diretto, l'Assistito, all'atto dell'accesso alla Struttura sanitaria convenzionata, deve controfirmare il documento di autorizzazione, inviato dalla Centrale operativa alla Struttura sanitaria, ove sono specificate le spese direttamente liquidabili e quelle non indennizzabili.

4. Restituzione delle somme indebitamente pagate

Nel caso in cui, dopo l'effettuazione della prestazione, si dovesse accertare la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano la inoperatività e/o inefficacia dell'assistenza, tale circostanza dovrà essere comunicata per iscritto all'Assistito, che dovrà restituire, entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione, tutte le somme indebitamente liquidate alla struttura sanitaria. In caso di mancata restituzione delle sopra indicate somme nel termine previsto, la Cassa si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti dell'Assistito per ottenerne la restituzione.

B. ASSISTENZA INDIRETTA A RIMBORSO

In caso di prestazioni sanitarie erogate da strutture e medici non convenzionati, e per le quali quindi l'assistito abbia dovuto anticipare in proprio la spesa, per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente contratto, delle spese sostenute, l'Assistito deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere inoltrata alla Cassa che assume la contraenza, corredata dalla documentazione completa e valida, attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica e dalle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed infine dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso.

Le ricevute di spesa devono essere trasmesse in originale.

La Cassa effettua il rimborso dovuto – direttamente all'Assistito anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare – entro il termine di 50 gg di calendario (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente contratto).

Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o risulti non dovuto affatto, la Cassa richiederà all'Assicurato la restituzione - entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione - dell'importo parziale o totale non dovuto.

Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire nel previsto termine di 50 gg, la Cassa riconoscerà per il rimborso stesso valuta non successiva al 50° giorno.

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza, l'Assistito dovrà inoltrare – entro e non oltre il 30° giorno successivo al suddetto termine – la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese ai limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, con applicazione di separati scoperti – ove previsti – per le diverse annualità. Il mancato rispetto di tale termine può comportare decadenza dal diritto al rimborso.

I rimborsi vengono effettuati in Italia in Euro; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dall'Ufficio Italiano del Cambi.

L'Assistito e i suoi familiari si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che

Per presa visione (timbro e firma): _____

dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della CASSA, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

ART. 7) CONTROVERSIE

Le controversie di natura mediche potranno essere deferite ad un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri verranno nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio risiede nel capoluogo di provincia del luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e delle competenze del terzo medico, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti che rinunciano ad impugnarle salvo i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

ART. 8) FORO COMPETENTE

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le parti (Assicurato, Compagnia, Cassa) sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'Assicurato, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra i predetti soggetti.

ART. 9) REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del Contributo dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute nel corso dell'anno.

Le inclusioni di assistiti avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero Contributo annuo; per quelle avvenute nel corso del secondo semestre dell'anno sarà corrisposto il 60% del contributo annuo.

ART. 10) OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Cassa entro il 31 gennaio di ciascun anno, come anche in altre occasioni a semplice richiesta della Autorità, fornirà ad essa, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo delle erogazioni delle Assistenze fornite disaggregati per Assistenza e tipologia di prestazione evidenziando, almeno, l'importo richiesto, l'importo liquidato, il numero delle richieste di rimborso nonchè il numero delle richieste di rimborso risolte negativamente.

Per presa visione (timbro e firma): _____

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

STOMACO – DUODENO

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

INTESTINO

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfoadenectomia.

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

ERNIE

- Intervento iatale con tundoplicatio.

FEGATO E VIA BILIARI

- Resezione epatica
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
  - Enucleazione delle cisti
  - Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas:
  a) totale o della testa
  b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.

Per presa visione (timbro e firma): _____

- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splacnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi

CRANIO

(vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia

Per presa visione (timbro e firma): _____

- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

CHIRUGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale o totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

ESOFAGO

(vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse – alte – totali.
- Esofagoplastica
- Reintervento per megaesofago.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale eterogenea e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago

Per presa visione (timbro e firma): _____

- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
  a) resezione con reimpianto
  b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomenigocele.

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon)
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Surrenelectomia.

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia.

GINECOLOGIA

- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

OCULISTICA

- Iridocicloterazione da glaucoma.

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

Per presa visione (timbro e firma): _____

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia

Orecchio

- Antro-atticotomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.

Per presa visione (timbro e firma): _____