

**NOMENCLATORE DEL PIANO  
SANITARIO PREVISALUTE  
FONDO SANITARIO APERTO**

**Piano Sanitario Soci e  
Correntisti delle Banche  
aderenti ad Assicura Agenzia  
s.r.l.**

**RIMBORSO SPESE MEDICHE  
Aderente alla Convenzione  
100883**

**PREVISALUTE**

Fondo Sanitario Aperto

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - C.F.:

94150010265

## SOMMARIO

---

Nomenclatore da pag. 1 a pag. 37:

- **Premessa** da pag. 1
- **Glossario** da pag. 2
- **Capitolo 1 – Condizioni del Piano sanitario** - da pag. 9
- **Capitolo 2 – Prestazioni del Piano sanitario** - da pag. 13
- **Capitolo 3 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 25
- **Capitolo 4 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 28

## ALLEGATI

- Scheda riassuntiva
- Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- Tariffario odontoiatrico
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)

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.

## **PREMESSA**

---

Il presente documento contiene la descrizione dettagliata delle prestazioni riconosciute dal Piano sanitario Assicura RSM New e la relativa disciplina (quale, a titolo esemplificativo, condizioni e ambito di operatività, decorrenza, contribuzioni, esclusioni/limitazioni e modalità di erogazione delle prestazioni).

## GLOSSARIO

---

**Il Glossario è parte integrante e sostanziale del presente documento.**

**Ove non diversamente stabilito, i termini e le definizioni di seguito elencati, contraddistinti con lettera iniziale maiuscola, hanno il significato a ciascuno di essi attribuito in questo Glossario.**

**I termini indicati al singolare includono il plurale, e viceversa. I termini che denotano un genere includono l'altro genere, salvo che il contesto o l'interpretazione indichino il contrario.**

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

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

L'Assistito viene tenuto indenne dal pagamento delle prestazioni usufruite presso il Network nei limiti delle somme indicate nel presente Nomenclatore. Eventuali importi ulteriori (es. scoperti, franchigie) restano invece a suo carico e devono essere pagati direttamente alle strutture del Network.

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

**Assistito o Beneficiario delle prestazioni:** i beneficiari del Piano sanitario Assicura RSM. Tutti gli Assistiti devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale.

**Associato:** persone fisiche con domicilio in Italia, associate alla Società di Mutuo Soccorso.

**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, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.

**Centrale operativa:** struttura individuata per:

- fornire informazioni relative alle prestazioni e al Network
- autorizzare le prestazioni in forma diretta.

**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.

**Compagnia:** Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

**Contributo:** la somma che l'Associato deve versare alla Società di Mutuo Soccorso.

**Day Hospital/Day Surgery:** Ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), 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/Interventi chirurgici odontoiatrici:** singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post e, per gli interventi chirurgici odontoiatrici, implantologia post-chirurgica).

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 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'Assistito. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Evento.

**Indennità sostitutiva:** indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a Ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico dell'Assistito, durante il ricovero.

**Indennizzo:** la prestazione che la Società di Mutuo Soccorso riconosce all'Assistito in caso di Evento previsto dal presente Piano sanitario. Tale prestazione può consistere nella presa in carico delle spese relative alle prestazioni fruite dall'Assistito in Network, nel rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per le prestazioni previste dal presente Piano sanitario o nella corresponsione di una indennità nei casi previsti dal presente Piano sanitario.

**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

- o fuori dall'orario di lavoro
- o in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- o 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:

- o gli stabilimenti termali
- o le case di convalescenza e di soggiorno
- o colonie
- o case di cura con fini dietologici ed estetici o per la Lungodegenza (RSA)
- o istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

**Lungodegenza:** Ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assistito 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>).

---

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

**Massimale:** importo massimo indennizzabile, per ciascun anno di durata del Piano sanitario 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.

**Modulo di adesione al Piano sanitario:** modulo consegnato all'Associato al momento dell'adesione al Piano sanitario.

**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 durata del Piano sanitario. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet [www.previsalute.it](http://www.previsalute.it) o nell'App mobile.

**Nomenclatore:** il presente documento.

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

**Optometrista:** professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

**Parti:** l'Associato e Previsalute.

**Piano sanitario:** complesso delle prestazioni che Previsalute si impegna ad erogare all'Assistito a fronte del pagamento del relativo Contributo da parte dell'Associato.

**Polizza:** convenzione assicurativa collettiva stipulata tra Previsalute e Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. che prevede l'erogazione delle prestazioni previste nel presente Piano sanitario.

**Protesi acustica:** (apparecchio acustico): dispositivo elettronico esterno indossabile, che amplifica o modifica il messaggio sonoro per correggere la qualità e la quantità del difetto uditivo causato da fatti morbosi, con carattere di stabilizzazione clinica.

**Protesi ortopediche:** sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo. Sono escluse, per esempio, le ortesi (come tutori, busti, ginocchieri, plantari).

---

<sup>2</sup> Legge 76/2016, c.d. legge Cirinnà, che istituisce e regola le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto tra etero e omosessuali.

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

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

**Regime rimborsuale:** regime per cui si prevede il Rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dal presente Piano sanitario.

**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 dovuta in caso di Sinistro coperto dal presente Piano sanitario, a fronte di spese sostenute dall'Assistito e previste dal Nomenclatore.

**Robot:** manipolatore multifunzionale riprogrammabile, progettato per muovere strumenti chirurgici, dispositivi specialistici, materiali o parti anatomiche, sotto il diretto controllo del chirurgo operatore, per l'esecuzione di interventi micro chirurgici o di chirurgia mini invasiva.

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

**Servizio Sanitario Nazionale (SSN):** sistema pubblico composto da Ministero della Salute, Enti e istituzioni di livello nazionale (Consiglio Superiore di Sanità, Istituto Superiore di Sanità, Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Istituti Zooprofilattici Sperimentali, Agenzia italiana del farmaco) e servizi sanitari regionali (che comprendono le Regioni e le Province autonome, le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere).

**Sindrome influenzale di natura pandemica:** sindrome influenzale, causata da patogeno nuovo verso il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e interessa intere collettività in molte aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata e che riguarda un patogeno infettivo che causa malattie respiratorie di gravità variabile.

Si riportano degli esempi: SARS-Cov, Sars-Cov2, Mers-Cov, CoViD-19.

**Sinistro:** Evento dannoso cui si riferiscono le prestazioni previste dal Piano sanitario.

**Società di Mutuo Soccorso:** PREVISALUTE, Via Forlanini 24 - 31022 Borgo Verde - Preganziol - (TV) P.I. 9415001026, avente esclusivamente finalità assistenziale ai sensi dell'art. 51, comma 2, lett. a) del D.P.R. 917/1986, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, tipologia B.



**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 di durata del Piano sanitario 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 il Sub-massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

**Tecniche di comunicazione a distanza:** tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e dell'Associato (es. email).

**Telemedicina:** insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari a distanza.

**Titolare:** la persona fisica che, sottoscrivendo un piano sanitario con Previsalute, acquisisce lo stato di Assicurato nell'ambito della Polizza. Se, in sede di sottoscrizione del piano, il Titolare decide di estenderne gli effetti ai componenti del suo Nucleo familiare, anch'essi acquisiscono lo stato di Assicurati nell'ambito della Polizza.

**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 dal presente Piano sanitario.

Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, 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 dal Piano sanitario, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento.

**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). Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le visite specialistiche erogate in modalità Telemedicina.

## CAPITOLO 1 - CONDIZIONI DEL PIANO SANITARIO

### Art. 1. Oggetto delle prestazioni riconosciute dal Piano sanitario

La Società di Mutuo Soccorso riconosce le spese sostenute dall'Assistito, riconducibili a Malattia o Infortunio con riferimento alle prestazioni rientranti nel presente Piano sanitario.

I Massimali e il numero di prestazioni previste variano a seconda dell'opzione del Piano sanitario scelta.

Massimali, limiti, Franchigie, Scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati in questo Nomenclatore, nella spiegazione delle singole prestazioni e nell'allegato 1 "Schede riassuntive" differenziate per opzione.

### Art. 2. Modalità di erogazione delle prestazioni

L'erogazione delle prestazioni previste dal Piano sanitario e dettagliate nel presente documento è resa possibile e garantita da una convenzione assicurativa/polizza collettiva stipulata dalla Società di Mutuo Soccorso con la Compagnia.

Con l'adesione al Piano sanitario, ciascun Assistito acquisisce lo status di "Assicurato" rispetto a tale Polizza, ricevendo quindi le corrispondenti prestazioni direttamente dalla Compagnia, secondo quanto previsto dalle relative condizioni di assicurazione.

L'Assistito è quindi consapevole del fatto che la Società di Mutuo Soccorso potrà opporre tutte le eccezioni e le limitazioni opponibili dalla Compagnia nell'esecuzione della Polizza.

### Art. 3. Carenza contrattuale

Sono previsti periodi di carenza, cioè periodi nei quali non è attivo il Piano Sanitario e pertanto non possono essere rimborsate e/o autorizzate le spese sostenute.

La copertura decorre:

- per gli infortuni, gli accertamenti di medicina preventiva, cure dentarie, copertura pandemica dal momento in cui, ai sensi dell'art. 11.4, ha effetto il piano sanitario con riferimento alla singola adesione;
- per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia, dal **30°** giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 11.4 ha effetto il piano sanitario con riferimento alla singola adesione;
- per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia, dal **90°** giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 11.4, ha effetto il piano sanitario con riferimento alla singola adesione;
- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal **271° giorno successivo** al momento in cui, ai sensi dell'art. 11.4 ha effetto il piano sanitario con riferimento alla singola adesione;
- per l'aborto terapeutico o spontaneo post-traumatico, la garanzia è operante – dal momento in cui, ai sensi dell'art. 11.4, ha effetto l'assicurazione con riferimento alla singola adesione – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto del piano sanitario con riferimento alla singola adesione.

A parziale deroga, si conviene fra le Parti che i figli legittimi nati nel periodo intercorrente tra la data di adesione e l'inizio dell'efficacia delle prestazioni sono soggetti, per le malattie, all'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano Sanitario alle diverse prestazioni e ai nuovi Assistiti.

Qualora il Piano Sanitario sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità di altro Piano Sanitario, stipulato con la Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assistito e le stesse garanzie, i termini di carenza sopra riportati operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la copertura sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;

- dal giorno in cui ha effetto il presente Piano Sanitario limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Quanto suddetto vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Esempio:

a) Assicurazione stipulata il 01/01/2022:

l'Assicurato che ha subito un intervento chirurgico in data 15/01/2022 non ha diritto ad alcun rimborso per la sussistenza di un periodo di carenza di 30 giorni;

b) Assicurazione stipulata il 01/01/2022

l'Assicurato che ha subito un intervento chirurgico in data 15/11/2022 ha diritto al rimborso entro i termini di polizza.

## **Art. 4. Decorrenza del Piano sanitario – Pagamento del Contributo – Tacito rinnovo e disdetta**

### **4.1 Decorrenza**

Salvo quanto stabilito dall'art. 3 "Carenza Contrattuale" Il Piano sanitario ha effetto:

- dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo a quello di sottoscrizione del Piano Sanitario, salvo buon fine (SBF) dell'incasso o della rata di premio;
- dalla nascita, per i figli legittimi, purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché il piano sia già attivo e corrisposto il Contributo per Nucleo familiare

La scadenza dell'adesione al Piano Sanitario è al 01/01.

### **4.2 Contributo**

Il Contributo è sempre determinato per periodi di durata del Piano sanitario di un anno.

Posto che la scadenza del Piano sanitario è prevista al 01/01, il pagamento del Contributo solo per il primo anno è determinato in base ai mesi effettivi di copertura.

L'ammontare del Contributo varia a seconda della scelta effettuata dal Titolare in merito alle opzioni e ai soggetti da inserire nel Piano sanitario (il solo Titolare oppure anche il suo Nucleo familiare).

Pur essendo annuo e indivisibile, il Contributo deve essere versato in anticipo o in alternativa in rate mensili, come riportato sul Modulo di adesione al Piano sanitario.

È versato dall'Associato alla Società di Mutuo Soccorso con addebito su c/c.

#### **4.3 Tacito rinnovo e disdetta**

La durata del Piano Sanitario è automaticamente prorogata di un anno e così per le successive scadenze, salvo il caso in cui:

- una delle Parti non dia disdetta al Piano sanitario mediante raccomandata o PEC entro 60 giorni dalla scadenza originaria o prorogata; l'Associato dovrà inviare una raccomandata all'indirizzo Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia - Mestre (VE) o una PEC all'indirizzo [previsalute@twtcert.it](mailto:previsalute@twtcert.it)
- non sia rinnovata la Polizza

In questi i casi, il Piano Sanitario cessa alle ore 24:00 dell'ultimo giorno della sua durata annuale originaria.

La disdetta al Piano sanitario comporta altresì il venir meno all'adesione della copertura.

#### **Art. 5. Dati anagrafici**

L'Associato in fase di adesione al Piano Sanitario comunica alla Società di Mutuo Soccorso i suoi dati anagrafici per poter procedere alla sottoscrizione.

#### **Art. 6. Variazione dei Beneficiari delle prestazioni – Regolazione del Contributo**

##### **6.1 Inclusione di Familiari in corso d'anno**

L'inclusione in corso d'anno è consentita solo per i neonati, se corrisposto il Contributo per il Nucleo familiare.

Tale inclusioni devono essere comunicate **entro 30 giorni** dalla nascita. La copertura opera dalla data della nascita. Se la comunicazione avviene oltre i 30 giorni dalla nascita, la decorrenza è prevista a partire dall'01.01 dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la comunicazione.

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza del presente Piano Sanitario non è consentita. Nel caso di variazione della composizione del nucleo familiare (es. matrimonio), la copertura opera nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01.01 dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la variazione. La comunicazione deve pervenire a Previsalute entro il termine previsto per la disdetta, ovvero prima dei 60 giorni dalla scadenza della copertura.

##### **6.2 Esclusioni di Assistiti in corso d'anno**

Se un beneficiario del Piano perde in corso d'anno i requisiti per mantenere la qualifica di Assistito (es. figlio non più a carico del genitore; divorzio dal Titolare), il Piano sanitario opera nei suoi confronti fino alla prima scadenza annuale. Tale comunicazione dovrà pervenire alla Società di Mutuo Soccorso tramite raccomandata o mezzi equivalenti prima dei 60 giorni previsti per la disdetta del Piano Sanitario.

##### **6.3 Categorie beneficiarie del Piano sanitario**

Assumono la qualifica di Beneficiari delle prestazioni le persone fisiche ossia soci e/o correntisti, titolari e/o contitolari di contratti bancari stipulati con delle Banche aderenti ad Assicura Agenzia s.r.l. e clienti di Assicura Agenzia s.r.l. associati a PREVISALUTE e relativi

familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare a fronte del versamento di un Contributo aggiuntivo.

#### **Art. 7. Estensione Territoriale**

Il Piano sanitario vale in tutto il mondo.

#### **Art. 8. Obblighi di consegna dei documenti da parte della Società di Mutuo Soccorso all'Assistito**

La Società di Mutuo Soccorso deve consegnare all'Assistito:

- a) il Nomenclatore delle prestazioni
- b) l'informativa privacy allegata al presente documento (allegato privacy)
- c) Statuto e Regolamento di Previsalute, disponibili nel sito <http://www.previsalute.it> sezione "documenti".

#### **Art. 9 Altre assicurazioni/coperture**

L'Assistito deve comunicare a Previsalute e a Intesa Sanpaolo RBM Salute se ha stipulato o stipula altre coperture per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, Intesa Sanpaolo RBM Salute 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>3</sup>, anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento<sup>4</sup>.

#### **Art. 10 Servizi "Segui la tua pratica" e "Home Insurance"**

##### **10.1 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:

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

##### **10.2 CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE**

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

###### **Sul sito internet**

**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).

###### **Web ([www.previsalute.it](http://www.previsalute.it))**

**Area riservata – Sinistri.** Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

<sup>3</sup> Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

<sup>4</sup> Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

- 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.

## **CAPITOLO 2 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO**

### **Art. 11 Descrizione delle prestazioni del Piano Sanitario**

Nel seguito si riporta la descrizione delle singole prestazioni previste dal Piano sanitario dando evidenza (insieme a quanto previsto nell'allegato 1 "Schede riassuntive") dei Massimali, limiti, Franchigie, Scoperti, esclusioni e condizioni specifiche.

Si specifica che le "algie" di qualsiasi natura (es. lombalgie, sciatalgie, cervicalgie) rappresentano dolori localizzati o sintomi, ma non "patologie". Non si considerano patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Assicurato deve inviare alla Compagnia non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Assicurato, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.

## **A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE**

### **1. Prestazioni del Piano sanitario**

#### **1.1. Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici (allegato 2) e Ricoveri per Gravi Patologie, Ricoveri con e senza Intervento Chirurgico, Day Surgery/Day Hospital, Intervento ambulatoriale**



#### *Prima del ricovero*

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), visite specialistiche effettuati entro 90 giorni prima del ricovero o dell'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

#### *Durante il ricovero*

- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica;
- terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali;
- 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'Assistito
- spese per materiale protesico e presidi terapeutici: scoperto del 30%
- le spese sostenute per l'utilizzo di robot verranno riconosciute entro il relativo sub-massimale
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)

#### *Dopo il ricovero*

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata;
  - assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza dell'Assistito in conseguenza di intervento chirurgico, infortunio, ictus cerebrale o infarto cardiaco;
  - le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da infortunio, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco, dall'intervento chirurgico. Nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare;
  - trattamenti di malattie oncologiche;
- effettuati entro 120 giorni (180 giorni in caso di trattamenti per malattie oncologiche) dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

#### *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'Assistito per ricevere l'organo trapiantato.

Sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi.

#### *Ricovero domiciliare per malattia terminale*

In caso di ricovero domiciliare per malattia terminale, sono riconosciute le spese per l'assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture sanitarie all'uopo costituite e legalmente riconosciute.

## **1.2 Parto cesareo**

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.

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

### **1.3 Aborto terapeutico o spontaneo o post-traumatico**

Sono rimborsabili le sole spese del Ricovero indicate nella sezione "Durante il Ricovero" di cui al punto 1.1. del presente articolo, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al Ricovero.

### **1.4. Parto non cesareo anche domiciliare**

Sono rimborsabili le sole spese del Ricovero indicate nella sezione "Durante il Ricovero" di cui al punto 1.1. del presente articolo, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al Ricovero.

In caso di parto non-cesareo domiciliare sono rimborsabili le spese ostetriche ed infermieristiche.

### **1.5 Spese dell'accompagnatore**

Per un accompagnatore dell'Assistito che debba recarsi presso un Istituto di Cura per essere ricoverato ai sensi di Polizza: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentati (fatture, notule, ricevute). Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

Limite: 60,00 euro al giorno per 20 giorni.

### **1.6. Trasporto sanitario**



Trasporto dell'Assistito in un Istituto di Cura (andata e ritorno) presso il quale debba recarsi per essere ricoverato ai sensi di Polizza, e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.

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.

Qualora il Ricovero avvenga all'estero (mentre l'Assistito è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell'intervento o per l'alta specializzazione richiesta dallo stesso), sono comprese anche le spese di viaggio in treno o aereo di linea, sostenute da un accompagnatore.

Limite: 520,00 euro

Trasporto con eliambulanza elevato a 2.600,00 euro

Trasporto Estero ed eventuale accompagnatore elevato a 1.600,00 euro

### **1.7. Rimpatrio della salma**

Rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero durante il ricovero a seguito di malattia prevista dalla Polizza o di un infortunio previsto dalla Polizza.



Limite annuo: 2.100,00 euro.

### 1.8. Indennità sostitutiva



Nel caso in cui le spese sanitarie da ricovero siano a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale, l'Assistito ha il diritto a richiedere alla Compagnia l'erogazione di una indennità che, sebbene calcolata sul numero di giorni di ricovero, è volta a supportarlo nel percorso di recupero della salute. Tale percorso inizia con il rientro dell'Assistito a domicilio, ed è pertanto da tale momento che il diritto all'indennità matura. L'eventuale decesso dell'Assistito avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi.

L'importo dell'indennità è di 80 euro per ciascun giorno di ricovero fino a 100 giorni.

In caso di Day Hospital/Day Surgery l'indennità sostitutiva viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

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

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

### 1.9 Cure e Interventi chirurgici per malformazioni e Difetti fisici di Neonati



Sono oggetto di Indennizzo le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici dei neonati, sempre che siano rispettate tutte le seguenti condizioni:

- il neonato rientri all'interno del Nucleo familiare del titolare
- la nascita del neonato venga comunicata a Intesa Sanpaolo RBM Salute entro 30 giorni da quando è avvenuta
- le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici del neonato siano effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro il limite di 30.000 euro.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta - Garanzia ricoveri

Massimale € 400.000,00

Sub-Massimale Garanzia Neonati € 30.000,00

Costo della prestazione in assistenza diretta € 10.000,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 10.000,00

## 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 copertura
- Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio, sono esclusi sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale

- 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: 400.000,00 euro a nucleo.

Sub-massimale in caso di ricovero in regime rimborsuale o misto 100.000,00 euro

Sub-massimali annui a nucleo per

- parto cesareo (ed eventuali interventi concomitanti): 5.200 euro
- aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico: 2.100 euro
- parto non cesareo anche domiciliare: 550 euro
- interventi effettuati con chirurgia robotica: 3.000 euro per l'utilizzo del robot

#### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assistito.

#### Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia 1.500 euro - in caso di Grandi Interventi 500 euro; nessuno scoperto/franchigia in caso di aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico; nessuno scoperto/franchigia e in caso di parto non cesareo anche domiciliare
- Regime rimborsuale: scoperto del 35% minimo 2.500 euro; in caso di aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico: scoperto del 35% minimo 600 euro; nessuno scoperto/franchigia in caso di parto non cesareo anche domiciliare
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: scoperto del 15%; in caso di aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico: nessuno scoperto/franchigia

#### Prestazioni in Regime misto:

- sono rimborsati gli onorari dei medici non convenzionati fino al **massimo indicato nei "Livelli di indennizzo applicati alle équipe non convenzionate"**
- rimangono i limiti previsti per il regime a rimborso al precedente paragrafo "Franchigie e scoperti".

## B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

### 1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La presente garanzia copre le spese per una serie di esami di alta diagnostica e diagnostica strumentale standard.

#### 1.1 Alta Diagnostica

- Risonanza magnetica nucleare;
- Doppler;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);



#### 1.2 Diagnostica Strumentale Standard

- Ecocardiografia;
- Ecografia;
- Elettrocardiografia;
- Elettroencefalografia;
- Elettromiografia;

### 1.3 Regimi e condizioni di erogazione

#### Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.000,00 euro

#### Regimi di erogazione

Assistenza diretta  
Regime rimborsuale

#### Franchigie e scoperti

Assistenza diretta / Regime rimborsuale: 20% minimo 50 euro

### 2. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

#### 2.1 Prestazioni

Sono coperte le spese in caso di visite specialistiche, con esclusione:

- delle visite odontoiatriche;
- delle visite ortodontiche;
- delle visite pediatriche.

Qualora venga effettuato e fatturato contestualmente alla visita specialistica un accertamento diagnostico diverso da quelli indicati al precedente punto 1 "Alta specializzazione", si provvede al rimborso della sola visita specialistica, rimanendo a carico dell'Assistito l'ulteriore costo riportato in fattura.

Si precisa che il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore. In caso contrario sarà tassativamente necessario allegare il referto per ciascuna prestazione svolta. Il referto non è necessario in caso di pagamento diretto.

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

### **Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.000,00 euro

### **Regimi di erogazione**

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

### **Franchigie e scoperti**

Assistenza diretta: franchigia 30,00 euro per visita

Regime rimborsuale: scoperto 20% minimo 50,00 euro per visita

Se utilizzato il Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

## **3. PROTESI ANATOMICHE ED APPARECCHI ACUSTICI**

### **3.1 Prestazioni**

Sono riconosciute le spese per:

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

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

### **Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni elencate: 1.000,00 euro

### **Regimi di erogazione**

Assistenza diretta

Regime rimborsuale

### **Franchigie e scoperti**

Assistenza diretta/Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

## **4. LENTI/OCCHIALI**

### **4.1. Prestazioni**

sono indennizzate le spese per acquistare occhiali da vista, lenti da vista (con esclusione delle lenti a contatto e delle protesi sostitutive oculari) a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista abilitato, per recuperare l'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi



- la richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno
- è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico<sup>5</sup>.

## 4.2 Regimi e condizioni di erogazione

### Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni: 100,00 euro

### Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Regime rimborsuale

### Franchigie e scoperti

Assistenza diretta/ Regime rimborsuale: nessuna franchigia/scoperto

## C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

### 1. CURE DENTARIE

#### 1.1. Prestazioni di implantologia

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

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



#### 1.2 Avulsione (estrazione denti anche al di fuori di prestazione di implantologia)

Sono coperte le spese per prestazioni di avulsione (estrazione), effettuate anche al di fuori delle prestazioni di implantologia.

#### 1.3 Altre cure dentarie

Sono coperte le spese per le prestazioni odontoiatriche di seguito riportate, esclusivamente in regime di Assistenza Diretta, al netto delle franchigie previste nell'Allegato 3 "Tariffario Odontoiatrico"

#### 1.4. Prevenzione odontoiatrica

Sono riconosciute inoltre solo in forma diretta nelle strutture convenzionate, una sola volta all'anno in un'unica soluzione:

- Una visita specialistica odontoiatrica

<sup>5</sup> D.Lgs 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

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

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

### 1.5. Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

Sono solo in forma diretta nelle strutture convenzionate, una sola volta all'anno, le seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito d'infortunio:

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

## 2. Regimi e condizioni di erogazione

### Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato

### Regimi di erogazione

Assistenza diretta

### Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: franchigia differenziata per prestazione

## D) PREVENZIONE



### 1. PROGRAMMI DI PREVENZIONE – CHECK UP

- Sono coperte le spese relative ad accertamenti diagnostici a scopo preventivo
- L'Assistito può effettuare 1 dei 7 pacchetti a scelta tra quelli previsti una volta l'anno, se sono trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto precedentemente prescelto
- Ciascun esame preventivo può essere effettuato solo in forma diretta nelle strutture convenzionate, una sola volta all'anno in un'unica soluzione.
- Gli accertamenti sono erogati anche in assenza di prescrizione del medico curante o di un medico specialista.

#### 1.1 Prevenzione Cardiovascolare

##### a) Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia

- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninamino transferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoamino transferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assistito di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>)

*Prima di compilare il questionario*

- inserire i valori degli esami effettuati in precedenza, sussistendo una sola possibilità
- nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione
- non inserire dati non veritieri, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

## **1.2 Prevenzione Oncologica**

### **a) Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni**

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- PSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

### **b) Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni**

- PAP – Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

## **1.3 Prevenzione Pediatrica**

- prevede una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni:

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

## **1.4 Prevenzione Oculistica**

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus.

## 1.5 Prevenzione delle vie respiratorie

### a) Prestazioni

- spirometria
- visita pneumologica

## 1.6 Prevenzione dermatologica

### a) Prestazioni

- per controllare le lesioni nevice e verificare che non ce ne siano di sospette
- visita dermatologica (con epiluminescenza o videodermatoscopia).

## 1.7 Prevenzione otorinolaringoiatrica

### a) Prestazioni

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

## E) COPERTURA PANDEMICA

### 1. Indennità in caso di ricovero per accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

In caso di ricovero dell'Assicurato, con o senza intervento chirurgico, presso

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

per l'accertamento o la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida un'indennità di 50,00 euro per i primi 15 giorni di ricovero e 25,00 euro per i successivi, fino a massimo 30 giorni (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

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

L'indennità non è riconosciuta per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura di cui sopra.

Esempio:

Ricovero in struttura ospedaliera del S.S.N. per 10 giorni

Indennizzo € 450,00

### 2. Indennità da convalescenza post ricovero in terapia intensiva per la cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

In caso di ricovero in terapia intensiva dell'Assicurato presso

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.





- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

per la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida un'indennità da convalescenza (prescritta al momento delle dimissioni) una tantum di 2.500,00 euro (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

## **CAPITOLO 3 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI**

### **Art. 11. Esclusioni**

Sono esclusi dal Piano sanitario:

1. le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza del piano sanitario
2. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
3. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"
4. infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti
5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Associato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo
6. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi del piano sanitario
7. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)
8. Ricoveri in lungodegenza
9. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia)
10. gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica
11. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il ricovero"
12. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini

13. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale
14. ricoveri impropri
15. l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza del piano sanitario. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia entro il primo anno di età secondo quanto previsto dall'art. 10 "Neonati"
16. infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza
17. le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali
18. gli infortuni derivanti da sport aerei o da partecipazione a corse/gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
19. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili
20. gli infortuni derivanti/correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere
21. l'aborto volontario non terapeutico
22. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche
23. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV
24. l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto diversamente previsto
25. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni
26. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Associato
27. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche
28. le conseguenze di guerra, insurrezione, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche
29. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili)
30. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa
31. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività (HIV), sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS)
32. le conseguenze dirette od indirette di pandemie, salvo quanto previsto dalla garanzia pandemica.

**Art. 12. Persone non collegabili al Piano sanitario**

Non è possibile inserire nel Piano Sanitario le persone che alla decorrenza del Piano sanitario abbiano già compiuto 75 anni.

Per gli Assistiti già in copertura al raggiungimento del 75° anno di età il piano sanitario è rinnovato fino al termine dell'annualità in cui l'Assistito raggiunge l'80° anno di età. E' possibile estendere il piano fino a 85 anni solo nel caso in cui la persona è in copertura da almeno 7 anni continuativi. In caso di disdetta del Piano Sanitario dopo il 75° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Per gli Assistiti che raggiungono il limite di età, il diritto di beneficiare delle prestazioni del Piano sanitario cessa alla prima scadenza annuale del Piano sanitario, salvo specifica deroga.

Possono essere coperti dal presente Piano Sanitario i portatori di disabilità mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dall'Art. 11 "Esclusioni".

### **Art. 13. Patologie pregresse**

Sono escluse dalla copertura le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza del Piano Sanitario.

Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

- per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), **rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**
- Non è prevista la corresponsione di indennità nei casi in cui:
  - il ricovero per l'accertamento della **Sindrome influenzale pandemica** sia avvenuto prima della decorrenza della polizza
  - l'accertamento della **Sindrome influenzale pandemica** sia avvenuto prima della decorrenza della polizza

## **CAPITOLO 4 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO**

In considerazione del fatto che, come indicato al precedente art. 2 del Capitolo I, Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. eroga le prestazioni previste dal presente Piano sanitario, nel presente capitolo in cui vengono descritti degli oneri in caso di sinistro è necessario fare riferimento ad una terminologia assicurativa e quindi è giustificato l'utilizzo di termini quali la "Compagnia" e "l'Assicurato".

### **Art. 14. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni**

#### **14.1 Oneri**

##### **Denuncia**

L'Assistito o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo<sup>6</sup>.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assistito non è in grado di metterli a disposizione di Intesa Sanpaolo RBM Salute, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

La Centrale operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica (i.e., non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal medico curante ai fini della cura della patologia dell'Assistito), ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura.

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

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assistito

Regime rimborsuale

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prestazione eseguita in struttura convenzionata
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assistito

**Intesa Sanpaolo RBM Salute richiede all'Assistito 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; assenza di materiale radiografico e foto intraorali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'infortunio)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario. Se l'Assistito non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

<sup>6</sup> Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

### **Data del Sinistro**

- Prestazioni ospedaliere/interventi chirurgici odontoiatrici: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita, accertamento, risultato positivo, della presenza di Sindromi influenzali di natura pandemica;
- cure oncologiche, prestazioni fisioterapiche e odontoiatriche: quella di esecuzione della singola prestazione.

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

Se l'Assistito riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni 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'Assistito.

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

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da Intesa Sanpaolo 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'Assistito.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

### **Decesso dell'Assistito**

Se in corso di validità della polizza l'Assistito decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare Intesa Sanpaolo 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'Assistito
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
  - o estremi del testamento
  - o dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
  - o 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:
  - o l'Assistito è deceduto senza lasciare testamento
  - o le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
  - o 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 Intesa Sanpaolo 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'Assistito avvenuto prima delle dimissioni.

### **Prestazioni intramoenia**

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

### **Prestazioni tra due annualità**

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa.

Non sono ammesse fatture in acconto, relative a prestazioni non ancora eseguite.

### **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 singola prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

In regime di Assistenza Diretta, nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalla polizza. L'Assistito è tenuto a restituire a Intesa Sanpaolo RBM Salute, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Assistito è tenuto, su richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, a restituire l'intera somma pagata dalla Compagnia alla Struttura Convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura Convenzionata se la Compagnia non aveva ancora provveduto al pagamento.

### **Imposte e oneri amministrativi**

Sono a carico dell'Assistito:

- imposte e bolli

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

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

### a) Prima della prestazione

L'Assistito deve:

- procurarsi tutta la documentazione prevista, se richiesta dalle presenti CDA, per eseguire la prestazione in regime di Assistenza diretta (es. prescrizione medica con indicazione della patologia);
- selezionare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione, tramite accesso alla propria area riservata o App mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa. Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet [www.intesasanpaolorbmsalute.it](http://www.intesasanpaolorbmsalute.it) o tramite App mobile.
- contattare autonomamente la struttura del Network selezionata e prenotare la prestazione da eseguire. Si richiede all'Assistito di fare in modo che la data della prestazione sia fissata almeno 9 giorni dopo la prenotazione, per le prestazioni ospedaliere, e 5 giorni dopo la prenotazione per le prestazioni extraospedaliere e le prestazioni dentarie;
- chiedere alla Compagnia l'autorizzazione all'erogazione della prestazione prenotata, allegando tutta la documentazione prevista (in caso di telefonata, gli operatori indicheranno all'Assistito come inviare la documentazione). La richiesta può essere avanzata attraverso:
  - app mobile
  - portale web
  - numeri telefonici dedicati: - **800.99.17.85** da telefono fisso e da telefono cellulare (numero verde); - **+ 39 0422.17.44.235** per chiamate dall'estero

La Compagnia necessita di almeno 48 ore per valutare la richiesta e pertanto, se contattata per tempo, garantisce di fornire la risposta alla richiesta almeno 7 giorni (di calendario) prima della data della prestazione, in caso di prestazioni ospedaliere, e 3 giorni (di calendario) prima della data della prestazione, in caso di prestazioni extraospedaliere e prestazioni dentarie.

Se l'Assistito non si attiva per tempo e la richiesta perviene alla Compagnia nei 7 giorni precedenti alla data della prestazione, in caso di prestazioni ospedaliere, o nei 3 giorni precedenti alla data della prestazione, in caso di prestazioni extraospedaliere e prestazioni dentarie, la Compagnia proverà comunque a fornire risposta alla richiesta, purché questa sia pervenuta entro e non oltre le 48 ore lavorative precedenti alla data della prestazione prenotata. In tal caso la risposta, se fornita, non potrà essere garantita dalla Compagnia nei termini di preavviso sopra indicati (7 giorni e 3 giorni prima della data della prestazione, a seconda dei casi).

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

#### **Dati da fornire**

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione
- prestazione da effettuare
- data della prestazione
- diagnosi o quesito diagnostico.

L'Assistito potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o App mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet [www.previsalute.it](http://www.previsalute.it) o tramite App mobile.

#### **Documenti da trasmettere**

- **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**

**Non è richiesta** per le prestazioni di prevenzione (sanitaria)

- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
  - **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assistito può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
  - 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'Assistito deve inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);
- **per escludere la presenza di patologie preesistenti:** certificato anamnestico e relativi referti

**La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del**



**sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.**

**Come trasmettere** i documenti:

- da portale web [www.previsalute.it](http://www.previsalute.it) cliccando su "accedi alle tue prestazioni" o con l'app mobile
- per mail: [assistenza.previsalute@previmedical.it](mailto:assistenza.previsalute@previmedical.it)

L'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta, qualora la Compagnia abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmessa all'Assistito **a mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assistito dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail dell'autorizzazione. Qualora l'Assistito non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione dell'autorizzazione la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno dell'sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

E' data l'opportunità agli Assicurati, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a Intesa Sanpaolo RBM Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: [ufficio.convenzioni@intesasnpaolorbmsalute.it](mailto:ufficio.convenzioni@intesasnpaolorbmsalute.it)

#### **b) Mancata attivazione della Centrale Operativa**

Se l'Assistito ha effettuato una prestazione presso una struttura sanitaria convenzionata senza prima chiedere l'autorizzazione alla Centrale Operativa non è riconosciuto il rimborso della prestazione.

#### **c) Dopo l'esecuzione della prestazione**

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali prestazioni non contemplate dalla Condizioni di Assicurazione).

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura convenzionata della fattura e della documentazione medica richiesta all'Assistito e/o alla Struttura Sanitaria (ad esempio la cartella clinica).

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

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa

- l'Assicurato o altro soggetto legittimato può chiedere il rilascio dell'autorizzazione 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 o altro soggetto legittimato 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.previsalute@previmedical.it](mailto:assistenza.previsalute@previmedical.it)) 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.

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

### 14.3 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'Assistito beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore dell'Assistito 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)**

- **essere 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, Intesa Sanpaolo RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assistito 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 non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assistito può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso**

(www.intesasanpaolorbmsalute.com sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, Intesa Sanpaolo RBM Salute prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. In ogni caso l'Assistito deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

- 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'Assistito 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.
- 3. copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la 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. in caso di infortunio** devono essere presentati anche:
  - **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio;** se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assistito può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
  - 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'Assistito deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole).
- 6. per escludere la presenza di patologie preesistenti:** certificato anamnestico e relativi referti

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:  
**INTESA SANPAOLO RMB SALUTE presso PREVIMEDICAL**  
**via Enrico Forlanini 24**  
**31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde**

**b) Richiesta di rimborso on line**

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

- dalla propria area riservata (<https://webab.previmedical.it/arena-fusion/login.html#/>) Gestisci la tua polizza on line - Fondi Sanitari Integrativi – Area Riservata – sinistri)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che Intesa Sanpaolo RBM Salute considera equivalente all'originale. Intesa Sanpaolo 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**

In Assistenza diretta: se 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

- Intesa Sanpaolo RBM Salute ne dà comunicazione scritta all'Assistito
- l'Assistito deve
- restituire a Intesa Sanpaolo 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 5 - 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. CARD ELETTRONICA (INTESA SANPAOLO RBM SALUTE – PREVIMEDICAL)**

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.

### 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.

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
<b>A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE</b>	
<b>Massimale</b>	400.000 euro
<b>Sub Massimali</b>	
Ricoveri in forma indiretta e in forma mista	100.000 euro
<b>Ricovero per Grandi Interventi, Ricoveri per Gravi Patologie, Ricovero con/senza intervento, Day Surgery/Day Hospital e Parto Cesareo</b>	
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 1.500 euro - in caso di grandi interventi 500 euro
- rimborso	35% min. 2.500 euro
- misto:	
• diretta	Franchigia 1.500 euro - in caso di grandi interventi 500 euro
• rimborso	35% min. 2.500 euro
Ticket diverso da intramoenia	15%
<b>Aborto terapeutico o spontaneo post -traumatico</b>	
Condizioni:	
- diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- rimborso	35% min. 600 euro
- misto:	
• diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
• rimborso	35% min. 600 euro
Ticket diverso da intramoenia	100%
<b>Parto non cesareo anche domiciliare</b>	
Condizioni:	
- Diretta/rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
<b>Trapianti</b>	Come previsto al punto A
<b>Ricovero per trattamenti fisioterapici</b>	1 volta all'anno max 7 gg.
<b>Ricovero domiciliare per malattia terminale</b>	110 euro al gg max. 60 gg
<b>Materiale intervento</b>	scoperto 30%
Pre/post	90 gg / 120 gg (90 gg/180 gg in caso di trattamenti di malattie oncologiche)
<b>Sub massimali (*)</b>	
Parto cesareo	5.200 euro
Aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico	2.100 euro
Parto non cesareo anche domiciliare	550 euro
Limite Robot	3.000 euro per l'utilizzo del robot
<b>Spese Accompagnatore</b>	60 euro al giorno per 20 giorni
<b>Trasporto malato</b>	520 euro
- Con eliambulanza	2.600 euro
- All'estero con eventuale accompagnatore	1.600 euro
<b>Rimpatrio salma</b>	2.100 euro
<b>Indennità sostitutiva</b>	80 euro al gg per 100 gg
<b>Neonati</b>	<b>fino a 1 anno, con il massimo assoluto di 30.000 euro</b>

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



## **Allegato 2: Elenco Grandi Interventi Chirurgici**

### **CHIRURGIA GENERALE**

#### **COLLO**

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale;

Resezioni e plastiche tracheali;

Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale.

#### **ESOFAGO**

Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale; Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia;

Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale;

Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo- cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia;

Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica;

Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia;

Esofagectomia per via toracoscopica;

Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago;

Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiaca;

Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica;

Deconnessioni azygos portal per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

#### **TORACE**

Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraclaveare e/o mediastinica;

Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino;

Timectomia per via toracica o toracoscopica; Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie;

Pleurectomie e pleuropneumonectomie;

Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica; Resezioni bronchiali con reimpianto;

Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche;

Toracoplastica: I e II tempo;

Exeresi per tumori delle coste o dello sterno.

#### **PERITONEO**

Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

#### **STOMACO - DUODENO – INTESTINO TENUE**

Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica;

Gastrectomia totale con linfadenectomia;

Interventi di riconversione per dumping syndrome;

Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotal per carcinoma del cardias;

Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias;

Resezione intestinale per via laparoscopica.

#### **COLON - RETTO**

Emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica;



Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia;  
Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica;  
Resezione rettocolica con anastomosi colo-ale per via tradizionale o laparoscopica;  
Proctocolectomia con anastomosi ileo-ale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica;  
Amputazione del retto per via addomino-perineale;  
Microchirurgia endoscopica transanale;  
Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica.

### **FEGATO E VIE BILIARI**

Resezioni epatiche maggiori e minori;  
Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale;  
Colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria;  
Anastomosi bilio-digestive; Reinterventi sulle vie biliari; Chirurgia dell'ipertensione portale  
a)interventi di derivazione  
- anastomosi porto-cava;  
- anastomosi spleno-renale;  
- anastomosi mesenterico-cava;  
b)interventi di devascularizzazione  
- legatura delle varici per via toracica e/o addominale;  
- transezione esofagea per via toracica;  
- transezione esofagea per via addominale;  
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale;  
- transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago-gastrica.

### **PANCREAS – MILZA - SURRENE**

Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia;  
Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia;  
Derivazioni pancreato-Wirsung digestive;  
Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas.

### **CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE**

Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare;  
Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito-zigomatiche comprese);  
Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale;  
Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore;  
Resezione del mascellare superiore per neoplasia;  
Resezione della mandibola per neoplasia;  
Ricostruzione della mandibola con innesti ossei;  
Ricostruzione della mandibola con materiale allo plastico.

### **CARDIOCHIRURGIA**

Ablazione transcatetere;  
Angioplastica coronarica;  
By-pass aorto-coronarico;  
Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia;  
Commissurotomia per stenosi mitralica;  
Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci;  
Pericardiectomia totale;  
Resezione cardiaca;  
Sostituzione valvolare con protesi; Sutura del cuore per ferite;  
Valvuloplastica.

### **NEUROCHIRURGIA**

Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali;  
Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia;

Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo;  
Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia;  
Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia;  
Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale;  
Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali;  
Craniotomia per neoplasie endoventricolari;  
Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria; Biopsia cerebrale per via stereotassica;  
Asportazione di tumori orbitali per via endocranica;  
Derivazione ventricolare interna ed esterna; Craniotomia per ascesso cerebrale;  
Intervento per epilessia focale;  
Cranioplastiche ricostruttive;  
Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali;  
Interventi per ernia discale toracica;  
Interventi per ernia discale lombare;  
Laminectomia decompressiva ed esplorativa;  
Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari;  
Intervento chirurgico per neoplasie dei nervi periferici.

### **CHIRURGIA VASCOLARE**

Interventi sull'aorta toracica e/o addominale;  
Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali);  
Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali);  
Interventi sulle arterie viscerali o renali;  
Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali);  
Interventi di rivascularizzazione extra-anatomici;  
Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta;  
Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo;  
Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass;  
Intervento per fistola aorto-enterica;  
Interventi sulla vena cava superiore o inferiore;  
Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale);  
Trattamento dell'elefantiasi degli arti.

### **CHIRURGIA PEDIATRICA**

Trattamento dell'atresia dell'esofago; Trattamento di stenosi tracheali; Trattamento di ernie diaframmatiche; Trattamento delle atresie delle vie biliari; Intervento per megacolon;  
Intervento per atresia anale;  
Intervento per megauretere.

### **CHIRURGIA ORTOPEDICA**

Artrodesi grandi segmenti;  
Artrodesi vertebrale per via anteriore;  
Artroprotesi totale di ginocchio; Artroprotesi di spalla;  
Artroprotesi di anca parziale e totale;  
Disarticolazione interscapolo toracica;  
Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino;  
Emipelvectomy;  
Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi;  
Osteosintesi vertebrale;  
Trattamento cruento dei tumori ossei.

### **CHIRURGIA UROLOGICA**

Nefrolitotrissia percutanea (PVL);

Litotrissia extracorporea;  
Nefrectomia polare;  
Nefrectomia allargata;  
Nefroureterectomia;  
Derivazione urinaria con interposizione intestinale;  
Estrofia vescicale e derivazione;  
Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica;  
Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale;  
Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale;  
Enterocistoplastica di allargamento;  
Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica;  
Prostatectomia radicale con linfadenectomia;  
Plastiche per incontinenza femminile;  
Resezione uretrale e uretrorrafia;  
Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale.

### **CHIRURGIA GINECOLOGICA**

Vulvectomy allargata con linfadenectomia;  
Creazione di vagina artificiale;  
Exenteratio pelvica;  
Isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia;  
Isterectomia radicale per via vaginale;  
Interventi sulle tube in microchirurgia;  
Laparotomia per ferite o rotture uterine;  
Isterectomia per via laparoscopica.

### **CHIRURGIA OCULISTICA**

Vitrectomia anteriore e posteriore;  
Trapianto corneale a tutto spessore;  
Iridocicloretrazione;  
Trabeculectomia;  
Cerchiaggio per distacco di retina.

### **CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA**

Parotidectomia con conservazione del facciale;  
Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento;  
Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare;  
Asportazione tumori parafaringei;  
Svuotamento funzionale o demolitivo del collo;  
Chirurgia dell'otite colesteatomatosa;  
Neurectomia vestibolare;  
Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico;  
Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico;  
Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare;  
Petrosectomia;  
Laringectomia sopraglottica o subtotale;  
Laringectomie parziali verticali;  
Laringectomia e faringolaringectomia totale;  
Exeresi fibrangioma rinofaringeo;  
Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne.

### **Si considerano "GRANDI INTERVENTI" anche:**

- il trapianto e l'espanto di organi
- ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).

**Allegato 3: Tariffario Odontoiatrico**

<b>Prestazione</b>	<b>Franchigia</b>
<b>CONSERVATIVA</b>	
Sigillatura (per ogni dente)	€ 25,00
Cavità di 5 <sup>a</sup> classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 1 <sup>a</sup> classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 2 <sup>a</sup> classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 3 <sup>a</sup> classe di BLACK	€ 80,00
Cavità di 4 <sup>a</sup> classe di BLACK	€ 80,00
Incappucciamento della polpa	€ 37,00
Intarsio L.P. – Inlay od onlay	€ 250,00
Intarsio in ceramic	€ 300,00
Intarsio in composito	€ 200,00
Ricostruzione di angoli	€ 70,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 125,00
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	€ 70,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 80,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 130,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 175,50
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 270,00
Ritrattamento monocalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 100,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 150,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 195,50
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 290,00
<b>CHIRURGIA</b>	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 73,00
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 155,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	€ 100,00
Asportazione cisti mascellari	€ 259,00
Asportazione di epulide	€ 93,00
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	€ 130,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, del palato, ecc.	€ 207,00
Disinclinazione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 181,00

Frenulotomia o frenulectomia	€ 37,00
Biopsie (qualunque numero)	€ 52,00

<b>PROTESICA</b>	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 225,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 110,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 850,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 250,00
Gancio su scheletrato	€ 40,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 150,00
Apparecchio scheletrato ( struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	€ 800,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 60,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 395,50
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 500,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 600,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 50,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 135,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 60,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 55,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 160,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 340,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 189,00
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 350,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 55,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 35,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	€ 70,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 20,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 50,00
<b>ORTOGNATODONZIA</b>	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno	€ 1.000,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno	€ 690,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 70,00
Bite notturno	€ 250,00

<b>IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA</b>	
Levigatura delle radici/o courettage gengivale	€ 45,00
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 25,00

Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€ 25,00
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	€ 20,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti)	€ 120,00
Placca di svincolo	€ 217,00
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	€ 52,00
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	€ 175,00
Gengivectomia per dente	€ 50,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 186,00
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 259,00
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	€ 100,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante	€ 326,00
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 388,00
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	€ 434,00
Lembo gengivale semplice	€ 200,00
Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	€ 260,00
<b>DIAGNOSTICA</b>	
Radiografia endorale (ogni due elementi)	€ 16,00
Radiografia endorale per arcate	€ 42,00
Bite wings	€ 20,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	€ 11,00
Ortopantomografia od ortopantomografia	€ 30,00
Teleradiografia	€ 42,00
Dentalscan 1 arcata	€ 181,00
Dentalscan 2 arcate	€ 259,00
Esame elettromiografico	€ 180,00
Esame Kinesiografico	€ 200,00

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 2016/679 (di seguito GDPR), la società di mutuo soccorso Previsalute (d'ora in avanti Fondo), in qualità di Titolare del Trattamento, fornisce le seguenti informazioni sul trattamento effettuato dei Suoi dati personali e sulla tutela dei Suoi diritti. Al fine di fornirLe una chiara ed esaustiva informativa in merito al trattamento dei Suoi dati personali, e rammentandoLe che, ai sensi del GDPR sarà necessario acquisire il Suo consenso scritto, che vorrà manifestare compilando la relativa scheda, si precisa quanto segue.

### 1. DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

I dati personali, che possono formare oggetto di trattamento possono essere comuni o anche sensibili.

Ai sensi del summenzionato Regolamento UE 2016/679 (GDPR), sono comuni i dati personali diversi da quelli particolari, giudiziari e rischiosi, a titolo esemplificativo, cognome e nome, data di nascita, residenza, abitazione, codice fiscale, titolo dell'iscrizione; contatti telefonici, email; impresa o ex impresa di appartenenza; cognome e nome, grado di parentela, luogo e data di nascita dei familiari a carico.

Sono invece ritenuti sensibili i dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di tipo sanitario, idonei a rilevare lo stato di salute (certificati medici e ogni altra documentazione medica presentata) oltre, a titolo di completezza, 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.

I dati comuni e sensibili da Lei conferiti e le eventuali variazioni di tali dati che Ella comunicherà in futuro al Fondo saranno trattati per le finalità e con le modalità di seguito indicate.

### 2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti a Previsalute, sono effettuati:

a. per la finalità di erogare, ai soggetti aventi i requisiti statutari previsti e nell'ambito di un sistema di mutualità, prestazioni sanitarie integrative rispetto al Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, il trattamento consiste nell'iscrizione al Fondo; nella lavorazione delle richieste di rimborso, ivi compresi gli accertamenti amministrativi ed i controlli sanitari; nella liquidazione delle pratiche sanitarie indirette e di quelle in convenzione diretta. Il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità non è obbligatorio ed il loro trattamento richiede il suo consenso: il rifiuto di fornirli può comportare l'impossibilità per il Fondo a prestare il servizio;

in esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate o da organi di vigilanza e di controllo a cui il Fondo è soggetta (ad es. ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, etc.); il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il Suo consenso;

### 3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI E CONSERVAZIONE

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali o elettronici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi.

All'uopo si precisa ulteriormente che il trattamento dei dati personali è effettuato in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito e non conforme alle finalità della raccolta. In particolare, nel trattamento dei dati, il Fondo, e così pure i responsabili a ciò preposti, si avvarranno di misure organizzative, fisiche e logiche adeguate a garantirne la sicurezza e la riservatezza, con l'utilizzo di ogni adeguata misura atta a consentire e garantire la classificazione, la conservazione e la riservatezza dei dati stessi, quali controlli periodici, dispositivi antincendio e continuità elettrica, identificazione utente, controllo anti virus, backup periodici, etc.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori del Fondo, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo stesso e in conformità alle istruzioni che saranno dal medesimo impartite, nonché da consulenti, dipendenti di società esterne riconducibili ad alcuno dei soggetti di cui al successivo punto 4.

I dati personali vengono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento. Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 2 a), i dati personali verranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e comunque nel rispetto della vigente normativa. Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 2 b), i dati personali verranno conservati nel rispetto della vigente normativa e fintantoché l'Interessato non avrà esercitato il proprio diritto di opposizione o revocato il proprio consenso.

### 4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per lo svolgimento di talune attività, Previsalute ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli per l'effettuazione di procedure necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio delle pratiche di rimborso in genere.

I dati personali, possono essere comunicati ai seguenti soggetti:

- Compagnie di Assicurazione e Riassicurazione, Service amministrativi, Società incaricate della gestione dei servizi di Centrale Operativa e di Contact Center, delle richieste di rimborso e delle pratiche relative all'accesso in regime di assistenza diretta alle strutture convenzionate, della gestione dei collegamenti informatici, delle attività di consulenza, nonché di altre attività connesse a quelle indicate, della cui collaborazione il Fondo si avvale;
- Istituti bancari che devono effettuare il pagamento degli importi dovuto per le prestazioni;
- Struttura medica alla quale Ella intende rivolgersi;
- Società che gestiscono servizi postali informatizzati;
- consulenti medici, legali e tributari del Fondo.

Tali soggetti utilizzeranno i dati in qualità di autonomi "titolari" o di "responsabili" di specifici trattamenti in base ad accordi contrattuali con Previsalute.

I dati personali degli iscritti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

### 5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

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 (art. 8).

### 6. COOKIES

Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

### 7. REGISTRAZIONE DELLE TELEFONATE

La informiamo che le telefonate al Call center di Previsalute potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa concernente la suddetta possibilità sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate in entrata avverrà a mezzo di un sistema automatizzato. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato ed in nessun modo disponibile a qualsiasi operatore non espressamente autorizzato.

Le registrazioni delle telefonate potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato – dipendenti e/o collaboratori del Call center – i quali, in qualità di incaricati del trattamento dati, svolgono il servizio di assistenza tecnica e/o coordinamento dei servizi di Customer Care.

### 8. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolare del trattamento è: "Fondo Sanitario Aperto Previsalute – Società di Mutuo Soccorso" con sede in Preganziol – Loc. Borgo Verde, via E. Forlanini 24. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP-DPO) è contattabile all'indirizzo [privacy@previsalute.it](mailto:privacy@previsalute.it). al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR.