

PIANO BASIC

Il piano BASIC è operante:

- *senza limitazioni territoriali per tutti gli assistiti;*
- *per i militari in servizio (**Piano Basic 1**) indipendentemente dalle condizioni fisiche;*
- *previa adesione volontaria, alle stesse condizioni tecniche, anche per il nucleo familiare del militare assistito, (**Piano Basic 2**)*
- *previa adesione volontaria per il personale militare in congedo o ARQ (**Piano Basic 3**) fino al compimento del 75° anno di età;*

La copertura opera per le seguenti garanzie (con i relativi massimali, franchigie e scoperti consultabili nelle Condizioni Generali di Assicurazione):

Ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco tipologie di intervento chirurgico all'allegato 1);

L'istanza di rimborso deve essere corredata dalla copia della cartella clinica completa.

Ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (elenco all'allegato 2);

L'istanza di rimborso deve essere corredata dalla copia della cartella clinica completa.

Intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (elenco all'allegato 2);

L'istanza di rimborso deve essere corredata dalla copia della cartella clinica completa.

Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco allegato 1) o grave malattia (elenco allegato 2)

Qualora non risultino spese a carico dell'Assicurato in quanto i costi relativi al periodo di ricovero e per altra prestazione ad esso connessa, esclusi eventuali ticket, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute durante la degenza, il soggetto assicuratore corrisponde **un'indennità sostitutiva pari a € 120** per ogni notte di ricovero trascorsa in Istituto di cura, **per un massimo di 90 giorni.**

Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco all'allegato 1) e da grave malattia (elenco all'allegato 2), con esclusione del parto e del day-hospital;

Il Soggetto assicuratore, in caso di ricovero in istituto di cura (con esclusione del parto e del day-hospital), corrisponderà un'indennità di € 30 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento. La presente garanzia verrà erogata indipendentemente che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata. L'istanza di rimborso deve essere corredata dalla copia della cartella clinica completa.

Ospedalizzazione domiciliare;

Il Soggetto assicuratore, in seguito ad un ricovero indennizzabile a termini di polizza, assicura per un periodo di 120 giorni, successivo alla data di dimissioni, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica che si dovessero rendere necessarie in ragione della patologia oggetto dell'indennizzo e finalizzata al recupero della funzionalità fisica.

Trapianti;

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono comprese le spese di espianto e trasporto dell'organo. In caso di donazione da vivente, sono comprese le spese per l'intervento chirurgico di espianto e per i relativi accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali, l'assistenza medica e infermieristica e le rette di degenza, secondo le modalità di cui ai precedenti punti.

Anticipo dell'indennizzo;

Nel caso in cui l'istituto di cura fuori network, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, richieda il pagamento di un anticipo, l'Assicurato può chiedere al Soggetto assicuratore la corresponsione di tale importo fino a un massimo di €15.000,00 per evento.

Decesso dell'assicurato e rimpatrio della salma;

In caso di decesso dell'Assicurato, il Soggetto assicuratore, per anno assicurativo e per nucleo familiare, eroga:

- (1) un rimborso forfettario di € 5.000;
- (2) in caso di decesso all'estero durante un ricovero, le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500.

Ricovero in istituto di cura per malattia oncologica;

Nei casi di pernottamento per malattie oncologiche maligne, la Cassa/Fondo/Ente/Società riconosce un'indennità di € 10.000 in unica soluzione, una tantum per periodo di vigenza del contratto (proroga inclusa), per il primo ricovero denunciato dall'Assistito e indipendentemente dal numero di ricoveri avvenuti nel periodo di vigenza contrattuale ricollegabili alla stessa patologia.

Per cure oncologiche non maligne verrà riconosciuta un'indennità ridotta, pari a € 5.000 in unica soluzione, una tantum per periodo di vigenza del contratto (proroga inclusa), per il primo ricovero denunciato dall'Assistito e

indipendentemente dal numero di ricoveri avvenuti nel periodo di vigenza contrattuale ricollegabili alla stessa patologia. L'indennità sarà riconosciuta a partire dal secondo pernottamento. L'istanza di rimborso deve essere corredata dalla copia della cartella clinica completa.

Cure dentarie da infortunio;

Le spese per cure dentarie vengono riconosciute a seguito di infortunio, in presenza di certificato rilasciato da un Pronto Soccorso

Prestazioni di alta specializzazione (Alta diagnostica radiologica, Accertamenti, Terapie - L'elenco completo delle prestazioni è presente nelle CGA);

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante (intendendosi per medico curante il medico abilitato all'esercizio della professione medica nel Paese di servizio o in quello dove vengano prestate le cure) contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia, presunta o accertata, che abbia reso necessaria la prestazione.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il Soggetto assicuratore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Per ottenere il rimborso è necessario che lo stesso alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Prestazioni specialistiche;

Il Soggetto Assicuratore paga le spese per prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari, purché prescritte dal proprio medico curante, con l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia, presunta o accertata, che abbia reso necessaria la prestazione pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciato (escluse comunque le visite pediatriche generiche).

Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o per patologie/interventi particolari;

Il Soggetto assicuratore provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio e in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti dal medico curante o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco - iatale
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Ricostruzioni capsulo legamentose
- Protesi articolare
- Patologie polmonari
- Postumi di interventi per fratture

Assistenza per non autosufficienza da malattia (LTC)

ATTENZIONE: la presente garanzia è operante esclusivamente per il piano BASIC 1 (per il solo personale militare in servizio), restano escluse quindi sia la BASIC 2 sia la BASIC 3).

La Cassa/Fondo/Ente/Società garantisce l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria e sociosanitaria oppure eroga un'indennità forfettaria ad indennizzo del danno subito e per far fronte ad eventuali spese sanitarie e sociosanitarie sostenute. La scelta tra l'opzione di erogazione di servizi o indennità (vedere successivo punto 4) deve essere effettuata al momento della denuncia di sinistro. È consentito effettuare successivamente un solo cambio della scelta effettuata entro 60 giorni dalla fine di ogni semestre di assistenza.

OFFERTA PACCHETTO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

- Pacchetto prevenzione odontoiatrica, 1 volta l'anno
- Prima visita odontoiatrica
- Ablazione tartaro
- Fluoroprofilassi
- Ortopantomografia o radiografia endorale, se ritenuto necessario dal medico in sede di visita

Le prestazioni potranno essere eseguite esclusivamente in forma diretta presso strutture convenzionate con il network. Resta a carico dell'assistito solo la franchigia di € 25 per pacchetto

ALTRE PRESTAZIONI MINIME INCLUSE

otturazione semplice

Sono comprese in garanzia le otturazioni semplici, con il massimo di 2 prestazioni per anno. Le prestazioni potranno essere eseguite esclusivamente in forma diretta presso strutture convenzionate con il network, resta a carico dell'assistito solo la franchigia di € 25 per prestazione.

interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero

Sono garantite le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

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

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

MODALITA' DI ACCESSO:

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate nel presente capitolato, a:

- Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate (in network) con il Soggetto assicuratore;
- Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate (fuori network) con il Soggetto assicuratore;
- Servizio Sanitario Nazionale (rimborso del ticket).
- Strutture sanitarie convenzionate con il Soggetto assicuratore ma effettuate da medici non convenzionati (Fuori Network).

Nella schermata principale dell'area riservata, è possibile effettuare la ricerca delle strutture, dei medici e delle prestazioni convenzionate in Italia.

Per verificare la possibilità di eventuale assistenza diretta all'estero sarà necessario contattare la Centrale Operativa.

Centrale Operativa:

Il Soggetto assicuratore garantisce la disponibilità di una Centrale Operativa raggiungibile **dalle 09:00 alle 18:00 (lun-ven) al numero (+39) 0422.1744333** che assicura un servizio di informazione in merito a:

- Strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
- Assistenza diretta e indiretta;
- Centri medici specializzati;
- Indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria;
- Un servizio di prenotazione per le prestazioni sanitarie garantite da polizza nelle Strutture Sanitarie Convenzionate.

Servizi di Consulenza Medica:

Numero verde 800.55.40.84 (dall'Italia)

Numero +39.011.74.17.180 (dall'Estero, a pagamento)

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, in lingua italiana, un proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione, suggerimento medico/sanitario di carattere generale.

I medici di guardia non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

Invio di un medico nei casi di urgenza (validità territoriale Italia)

Qualora l'assistito necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il proprio medico curante, la Centrale Operativa provvede 24 ore su 24, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertato la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

L'invio di un'ambulanza (validità territoriale Italia) qualora l'assistito, in seguito ad infortunio o malattia, necessiti di:

- Essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino ed idoneo centro ospedaliero;
- Essere trasportato dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricoverato
- presso un altro centro ospedaliero;
- Rientrare al domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'ambulanza.

La Centrale Operativa, 24 ore su 24, invia direttamente l'ambulanza tenendo a proprio carico il costo sino ad un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo a prestazioni i trasporti per terapie continuative.

Esclusioni

Le prestazioni previste dal presente Contratto non sono operanti per:

- in riferimento al punto "Cure oncologiche", la ripetizione dell'erogazione dell'indennità per ogni anno assicurativo se correlata alla stessa malattia (l'indennità verrà erogata una sola volta anche in caso di rinnovo o proroga del contratto);
- intossicazione conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quella a scopo ricostruttivo necessitata da infortunio o intervento chirurgico, nonché per i bambini che abbiano compiuto il terzo anno di età;
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);

- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto al punto "Cure odontoiatriche da infortunio" o in caso di attivazione della polizza FULL;
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutti gli interventi e le procedure finalizzati al trattamento dell'infertilità e dell'inseminazione artificiale, compresi gli accertamenti propedeutici agli stessi;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali omeopatici;
- cure ed interventi per la correzione o eliminazione di difetti fisici preesistenti;
- visite, esami ed accertamenti diagnostici eseguiti per il semplice controllo senza l'indicazione di una patologia presunta o accertata ad eccezione di quelli previsti dai Check Up preventivi oggetto di garanzia;
- i ricoveri per lunga degenza determinati da patologie croniche;
- condizioni dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici fatti salvi i casi dovuti allo svolgimento del servizio d'istituto, ivi comprese le attività di ordine e sicurezza pubblica e contrasto alla criminalità, svolti sul territorio nazionale da parte del personale coperto dalla polizza BASE;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Reclami

Per i reclami relativi al rapporto contrattuale con Poste Assicura è necessario trasmettere apposita comunicazione scritta alla Compagnia utilizzando i seguenti recapiti:

- Per posta a Poste Assicura S.p.A. - Gestione Reclami - Viale Europa, 190 - 00144 Roma
- Oppure via fax al numero: 06.5492.4402
- Oppure via e-mail all'indirizzo: reclami@poste-assicura.it

In ogni caso, il reclamo dovrebbe contenere i seguenti dati:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante
- numero della polizza e nominativo del contraente
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze

Qualora non ti ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro il termine massimo di 45 giorni, puoi presentare apposito esposto a:

IVASS
Servizio Tutela del Consumatore - Divisione Gestione Reclami
Via del Quirinale, 21
00187 Roma

Tramite fax: 06.42.133.206 o via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it oppure utilizzando il fac simile reclamo IVASS per la presentazione del reclamo ad IVASS completando l'istanza con le informazioni e la documentazione di seguito indicata:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

Qualora l'esito del reclamo non sia soddisfacente, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante dovrà fare ricorso alla Mediazione (di cui al D.lgs. n. 28/2010 così come da ultimo modificato dal D.L. n. 69/2013, convertito con modificazioni in legge n.98/2013) che può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito giustizia.it.

Il ricorso al procedimento di Mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Si ricorda inoltre che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o attivare direttamente il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet:

http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm)

Allegato 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Bypass aorto-coronarico singolo e/o multiplo
- Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C. E.C.) - interventi di, salvo gli interventi descritti
- Correzione di coartazione aortica
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per - Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Pericardiectomia parziale e totale
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorta coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica
- Impianto di pace maker endocavitario ed eventuale riposizionamento

COLLO

- Tiroidectomia totale
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

CHIRURGIA GENERALE - ESOFAGO

- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esafogoplastica
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago
- Operazioni per tumori, resezioni parziali basse, alte e totale

CHIRURGIA GENERALE - FEGATO E VIE BILIARI

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Deconnessione azygos- portale per via addominale
- Epatocoledotomia
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per pancreatite
- Intervento per neoplasia pancreaticca

CHIRURGIA GENERALE - INTESTINO

- Colectomia totale ed emicolectomia
- Megacolon: operazione addominoperineale di Buhamel e Swenson
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia

CHIRURGIA GENERALE - RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addominoperineale in un tempo o in più tempi
- Resezione anteriore retto-colica

CHIRURGIA GENERALE - PANCREAS, MILZA

- Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia

- Enucleazione delle cisti
- Intervento per cisti e pseudocisti
- Interventi per fistole pancreatiche
- Marsupiazione
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi

CHIRURGIA GENERALE - STOMACO, DUODENO

- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Resezione gastrica da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Stenosi congenita del piloro

CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento laterocervicale funzionale o radicale
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione tumore di Wilms
- Atresia dell'ano con fistola retto- uretrale, retto-vulvare
- Abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale
- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Esofago, atresia o fistole congenite del (trattamento completo)
- Neuroblastoma addominale
- Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Spina bifida: meningocele
- Spina bifida: mielomeningocele

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTIVA

- Aplasia della vagina, ricostruzione per

CHIRURGIA TORACO - POLMONARE

- ernia del diaframma
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per Interventi per fistole bronchiali - cutanee Interventi su polmone cistico e policistico
- Pneuropneumectomia
- Pneumectomia, intervento di
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Aneurismi aorta addominale con dissecazione: resezione e trapianto
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale succlavia, tronco broncocefalico, aorta ed iliache
- Operazioni sulla aorta toracica ed addominale

GINECOLOGIA

- Isterectomia con annessionectomia e linfadenectomie per tumori maligni
- Mastectomia, quadrantectomia e linfadenectomie per tumori maligni

NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Encefalomeningocele, intervento per
- Fistola liquorale
- Interventi per epilessia focale
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Mielomeningocele, intervento per Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma endocranico
- Rizotomie e micro decompressioni radici endocraniche
- Scheggiectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Traumi vertebro- midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - INTERVENTI CRUENTI

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, parziale
- Disarticolazione interscapolotoracica
- Emi pelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Scoliosi, intervento per
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)
- Amputazione anatomica totale o parziale di arti superiori e inferiori (escluso dita) - Protesi d'anca parziale o completa

OTORINOLATRINGOIATRIA - LARINGE E IPOFARINGE

- Laringofaringectomia totale

UROLOGIA - APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomie per tumori maligni

UROLOGIA - RENE

- Nefroureterectomia radicale più trattamento tromboflebotomica (compresa surrenectomia)
- Surrenectomia
- Nefrectomia allargata per neoplasia con embolectomia

UROLOGIA - URETERE

- Mega uretere resezione con reimpianto
- Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di

UROLOGIA - VESCICA

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia
- o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Estrofilia della vescica e derivazione
- Interventi per fistola vescico-rettale
- Riparazione di fistola vescico-intestinale
- Riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Allegato 2

ELENCO GRAVI MALATTIE

CORONAROPATIA: malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie con innesto di by-pass o che richieda tecniche non chirurgiche quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.

ICTUS CEREBRALE: evento cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle ventiquattro ore e implicante morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionali accertati.

INFARTO DEL MIOCARDIO: morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito ad afflusso insufficiente di sangue nell'area di interesse.



La invitiamo a prendere visione dell'Estratto del Contratto di Assicurazione. Si precisa che il presente documento intende essere una Guida operativa di sintesi che non sostituisce le condizioni di polizza di cui l'assistito deve prendere visione.