



Tariffario

TARIFFARIO

POLIZZA BASE PER FAMILIARI NON FISCALMENTE A CARICO DEI DIPENDENTI IN SERVIZIO ATTIVO

premio annuo previsto per coniuge e/o convivente more uxorio e figli fino a 30 anni € 1.218,78

POLIZZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I DIPENDENTI E NUCLEO FAMILIARE

premio annuo previsto per il titolare e i familiari fiscalmente a carico € 359,64

premio annuo previsto per il titolare e i familiari a carico e non del titolare (coniuge e/o convivente more uxorio; figli fino a 30 anni) a condizione che il familiare non fiscalmente a carico abbia già aderito al piano base (corrispondendo la somma di € 1.218,78) € 539,46

AMMINISTRATORI, SINDACI, COMPONENTI DEGLI ORGANI STATUTARI - POLIZZA BASE

premio annuo previsto per il titolare e i familiari fiscalmente a carico € 2.067,93

premio annuo aggiuntivo per ogni familiare non fiscalmente a carico del titolare (coniuge e/o convivente more uxorio; figli fino a 30 anni) € 1.278,72

CO.CO.CO./CO.CO.PRO. - POLIZZA BASE

premio annuo previsto per il titolare e i familiari fiscalmente a carico € 2.067,93

premio annuo aggiuntivo per ogni familiare non fiscalmente a carico del titolare (coniuge e/o convivente more uxorio; figli fino a 30 anni) € 1.278,72

PENSIONATI CHE NON ABBIANO COMPIUTO I 70 ANNI E SUPERSTITI DEI DIPENDENTI DEGLI ENTI ADERENTI E SUPERSTITI DEI

DIP. DEGLI ENTI ADERENTI - POLIZZA BASE

premio annuo previsto per il titolare e i familiari fiscalmente a carico € 2.357,64

premio annuo aggiuntivo per ogni familiare non fiscalmente a carico del titolare (coniuge e/o convivente more uxorio; figli fino a 30 anni) € 1.278,72

PENSIONATI CON ETA' SUPERIORE AI 70 ANNI, EX DIPENDENTI DEGLI ENTI ADERENTI - POLIZZA BASE

premio annuo previsto per il titolare e i familiari fiscalmente a carico € 2.837,16

premio annuo aggiuntivo per ogni familiare non fiscalmente a carico del titolare (coniuge e/o convivente more uxorio; figli fino a 30 anni) € 1.768,23

DIRIGENTI DEGLI ENTI ADERENTI NON GIA' ISCRITTI IN FORMA COLLETTIVA DAL PROPRIO ENTE - POLIZZA BASE

premio annuo previsto per il titolare e i familiari fiscalmente a carico € 2.067,93

premio annuo aggiuntivo per ogni familiare non fiscalmente a carico del titolare (coniuge e/o convivente more uxorio; figli fino a 30 anni) € 1.278,72

Dichiarazione di [Accessibilità](#)

Indirizzo

Indirizzo email

Via Ciro Il Grande, 21 - 00144 Roma Primo

info.asdep@inps.it

FasiOpen



Piano Sanitario **ORANGE** *Guida easy*

V1.26

Guida per gli assistiti

Un utile strumento per utilizzare al meglio il **Piano Orange**



Gentile Assistito, con il **prontuario operativo Easy Orange** il tuo Fondo Sanitario desidera fornirti uno strumento semplice ed intuitivo per permetterti di apprendere le informazioni essenziali al fine di non incontrare ostacoli o rallentamenti nell'ordinaria gestione delle tue richieste di rimborso.

Nel manuale Easy Orange troverai uno **schema di sintesi** dei rimborsi previsti dal **Piano Sanitario Orange** di FasiOpen e una descrizione degli eventuali documenti accessori da inviare al Fondo oltre alla fattura di spesa.

Si tratta di un ulteriore importante passo verso la trasparenza e la semplificazione dei processi, elementi chiave che hanno contraddistinto il Fondo nel proprio percorso di crescita fin dal 2009.

Resta inteso che per esigenze di necessaria sintesi, nel manuale Easy Orange sono state inevitabilmente omesse una serie di informazioni, ti ricordiamo pertanto di considerare sempre come vincolanti tutte le premesse, disposizioni, obblighi ed indicazioni contenute nel Regolamento FasiOpen, nella Guida per gli Assistiti e nel Nomenclatore Base, documenti disponibili per la consultazione sul sito web del Fondo.

Grazie per l'attenzione e buona lettura!



Piano Sanitario “Orange”

Prontuario operativo Easy

Garanzie	Condizioni di rimborso		Documenti necessari per ottenere il rimborso
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI GARANZIA 1	Quota Rimborso	100%	Indiretta: copia integrale della cartella clinica, fatture con dettaglio prestazioni eseguite e relativi singoli importi di riferimento emesse dalla struttura sanitaria e dalla equipe medico-chirurgica. Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.
	Massimo per evento	€ 90.000	
	Minimo non indennizzabile	nessuno	
	Massimale annuo per singolo assistito	€ 100.000	
PRE RICOVERO (solo G.I.C. per patologie oncologiche maligne 140 giorni precedenti intervento) GARANZIA 2	Massimale annuo per singolo assistito	€ 1.100	Solo indiretta: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e relativi singoli importi di riferimento, richiesta dello specialista con indicazione dell'intervento.
POST RICOVERO (solo G.I.C. per patologie oncologiche maligne 140 giorni successivi intervento) GARANZIA 3	Massimale annuo per singolo assistito	€ 1.300	Solo indiretta: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e relativi singoli importi di riferimento, richiesta dello specialista con diagnosi, copia cartella clinica.
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA (NO GRAVIDANZA) GARANZIA 4	Quota Rimborso	DIR 40% IND 40%	Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, prescrizione con diagnosi certa o presunta e referti esami eseguiti. Diretta: prescrizione medica con diagnosi certa o presunta.
	Massimale annuo per singolo assistito	€ 180	
DIAGNOSTICA E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE GARANZIA 5	Quota Rimborso	70%	Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, prescrizione con diagnosi certa o presunta e referti esami eseguiti. Diretta: prescrizione medica con diagnosi certa o presunta.
	Minimo non indennizzabile	€ 60	
	Massimale annuo per singolo assistito	€ 10.000	
VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI GARANZIA 6	Quota Rimborso	DIR 100% IND 70%	Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, titolo di specializzazione del medico che esegue la visita. Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.
	Minimo non indennizzabile	DIR non previsto IND € 60	
	Massimo per evento	DIR € 100 IND € 80	
	Massimale annuo per singolo assistito	€ 650	

Garanzie	Condizioni di rimborso		Documenti necessari per ottenere il rimborso
TICKET PER PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE CON SSN GARANZIA 7 FasiOpen non rimborsa la quota aggiuntiva di ticket introdotta dalla legge 15.7.2011, n.111, in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria	Quota Rimborso	100%	Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni riferite al ticket e prescrizione medica con diagnosi certa o presunta. Diretta: prescrizione medica con diagnosi certa o presunta.
	Max per prescrizione	€ 36,15	
	Massimale annuo per singolo assistito	€ 500	
PACCHETTO MATERNITÀ GARANZIA 8	Ecografie in gravidanza	Max 4/grav DIR 100% IND Max € 65/eco	Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, prescrizione medica con evidenza dello stato di gravidanza aggiornato. Diretta: prescrizione medica con evidenza dello stato di gravidanza aggiornato.
	Analisi Cliniche (alternative alle ecografie)	DIR 100% IND 80% Max € 100/grav - oppure - Diagnostica Prenatale non invasiva (Bi-Test ecc.) Max € 120 ↓ se positiva + Amniocentesi o Villocentesi Max € 120	Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, prescrizione medica con evidenza dello stato di gravidanza aggiornato. Diretta: prescrizione medica con evidenza dello stato di gravidanza aggiornato.
	Indennità ricovero parto nel S.S.N.	€ 80 a notte Max 10 notti	Solo indiretta: copia integrale della cartella clinica.
	Supporto psicologico 150gg post parto	Max 4 visite Max € 60/visita	Indiretta: fattura con richiamo al titolo accademico e iscrizione albo del professionista, copia della cartella clinica e ordine cronologico delle sedute. Diretta: copia della cartella clinica.
PACCHETTO DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE GARANZIA 9	1 pacchetto/anno a scelta non ripetibile prima di 2 anni ad eccezione dei “Pacchetti Prevenzione Oncologici Uomo/Donna” che è invece ripetibile 1 volta l'anno fino all'età di 65 anni compiuti oltre i quali rientrerà nella cadenza ordinaria di 2 anni.	forma diretta 100% forma ind: Max €90	Indiretta: fattura con dettaglio delle prestazioni eseguite e singoli importi riferiti unicamente alle prestazioni previste dal pacchetto prescelto a conferma della effettuazione delle stesse in unica soluzione. Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.
PACCHETTO DI PREVENZIONE ONCOLOGICA GARANZIA 9		Età >40 anni	
		forma diretta 100% forma ind: Max €150 uomo - Max €200 donna	
		Età >40 anni	

Garanzie	Condizioni di rimborso		Documenti necessari per ottenere il rimborso
PREVENZIONE OCULISTICA GARANZIA 9	1 pacchetto/anno a scelta non ripetibile prima di 2 anni	Età >40 anni DIR 100% IND Max €120	Indiretta: fattura con dettaglio delle prestazioni eseguite e singoli importi riferiti unicamente alle prestazioni previste dal pacchetto prescelto a conferma della effettuazione delle stesse in unica soluzione. Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.
PREVENZIONE TIROIDE GARANZIA 9		Età >40 anni DIR 100% IND Max €50	
PREVENZIONE MELANOMA GARANZIA 9		Età >40 anni DIR 100% IND Max €70	
PREVENZIONE DISMETABOLICA GARANZIA 9		Età >40 anni DIR 100% IND Max €30	
ODONTOIATRIA GARANZIA 10	Visita specialistica con piano di cure 1 volta all'anno (solo diretta)	Contributo assistito € 0	solo FORMA DIRETTA
	Prevenzione carcinoma cavo orale 1/anno	Solo DIR 100%	Solo FORMA DIRETTA: nulla le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.
	Igiene orale: detartrasi Max 2 volte l'anno	DIR a carico Assistito € 10 IND rimborso max € 35	Indiretta: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello unificato compilato o se previsto Piano di Cure preventivo e obblighi. Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.
	Otturazioni di qualsiasi classe	DIR a carico Assistito € 40 IND rimborso max € 20	
	Estrazioni semplice o complessa	DIR a carico Assistito € 20 IND rimborso max € 20	
	Estrazioni in inclusione ossea	DIR a carico Assistito € 40 IND rimborso max € 75	Indiretta - PRE CURE: piano di cure preventivo con rx entorali/opt pre estrattive. POST CURE fase di rimborso: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello richiesta di rimborso compilato. Diretta: PRE CURE: piano di cure preventivo con rx entorali/opt pre estrattive. POST CURE fase di rimborso: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello richiesta di rimborso compilato.
	Estrazioni 3° molare in disodontiasi	DIR a carico Assistito € 40 IND rimborso max € 70	

Garanzie	Condizioni di rimborso		Documenti necessari per ottenere il rimborso
ODONTOIATRIA GARANZIA 10	Germectomia (comprensiva di tutte le fasi ed attività chirurgiche comprensivo di lembo mucogengivale e/o osteotomia e/o odontotomia – suture e sedazione – esclusa sedazione con protossido) fino a 16 anni di età compiuti	DIR a carico Assistito € 40 IND rimborso max € 75	Indiretta - PRE CURE: piano di cure preventivo con rx entorali/opt pre estrattive. POST CURE fase di rimborso: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello richiesta di rimborso compilato. Diretta: PRE CURE: piano di cure preventivo con rx entorali/opt pre estrattive. POST CURE fase di rimborso: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello richiesta di rimborso compilato.
	Apparecchio ortodontico (assistiti di età < 18 anni)	Rimborso max € 140/anno	Indiretta - PRE CURE: piano di cure ANNUALE preventivo con obblighi pre cure. POST CURE fase di rimborso: fatture con dettaglio prestazioni eseguite, modello richiesta di rimborso compilato, Foto intraorali con apparecchio posizionato in arcata. Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.
	Impianti e relative corone	Max rimborso per Impianto e corona € 550 Submax per Impianto € 400 Submax per Corona € 150	Indiretta - PRE CURE: piano di cure ANNUALE preventivo con obblighi pre cure. POST CURE fase di rimborso: fatture con dettaglio prestazioni eseguite, modello richiesta di rimborso compilato, obblighi post cure. Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.
	Rx Endorale/Bitewings	DIR a carico Assistito € 10 IND rimborso Max € 10	Indiretta: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento. Solo in associazione ad impianti e corone. Diretta: nulla le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.
	Massimale annuo odontoiatria	€ 2.000	
INDENNITÀ/DIARIA SOSTITUTIVA PER RICOVERI CONSEGUENTI A GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI CON DEGENZA NOTTURNA GARANZIA 11	Quota Rimborso	Max 150 notti/anno € 80 prime 30 notti € 100 31ma-150ma notte (G.I.C.)	Solo indiretta: copia integrale della cartella clinica.
PROTEZIONE NEONATI GARANZIA 12	Massimale annuo (fino a 2 anni di età)	€ 30.000	Indiretta: copia integrale cartella clinica, fatture con dettaglio prestazioni e relativi singoli importi. Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.
TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA GARANZIA 13	Quota Rimborso	100%	Solo indiretta: fattura o ricevuta rilasciata dal servizio Autoambulanza con evidenza di certificazione medica con quadro clinico, estremi del trasporto con data e luogo di partenza e di arrivo. Validato solo all'interno del territorio nazionale.
	Minimo non indennizzabile	Non previsto	
	Massimale annuo per singolo assistito	€ 1.700	

LENTI E LENTI A CONTATTO NON MONOUSO A SEGUITO DI MODIFICA DEL VISUS GARANZIA 14	Quota Rimborso	100%	Solo indiretta: fattura dettagliata nei singoli importi, prescrizione del medico oculista con indicazione visus e certificazione di conformità secondo normativa UE per le lenti acquistate.
	Minimo non indennizzabile	€ 55	
	Massimale annuo	€ 120	
FISIOKINESITERAPIA a seguito di infortunio entro 120 giorni successivi al giorno dell'infortunio documentato GARANZIA 15	Quota Rimborso	DIR 100% IND vedere Dettaglio Garanzia	Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, prescrizione specialistica con diagnosi certa e data infortunio, eventuale verbale di Pronto Soccorso o copia cartella clinica se ricovero a seguito infortunio.
	Massimale annuo per singolo assistito	€ 750	Diretta: prescrizione specialistica con diagnosi certa e data infortunio, eventuale verbale di Pronto Soccorso o copia cartella clinica se ricovero a seguito infortunio.



Si ricorda che l'invio deve avvenire entro e non oltre 3 mesi dalla data di emissione dei documenti di spesa a saldo per i quali si richiede il rimborso.

FASIOPEN

Sede Legale Viale Pasteur 6 – 00144 Roma
Sede Operativa Viale Europa 175 – 00144 Roma
fasiopen.it

FasiOpen

Fondo Aperto di Assistenza Sanitaria Integrativa

Piano Sanitario **ORANGE**

Guida per gli assistiti



V1.26



Indice

Guida per gli assistiti	3
--------------------------------------	----------

Prestazioni eseguite in “FORMA INDIRETTA”	5
--	----------

Come richiedere il Rimborso	5
Termini di presentazione	5
Spese imputabili a responsabilità di terzi	6
Cartelle cliniche e certificazioni mediche	6
Prestazioni/cure fruiti in Paesi Esteri	6
Odontoiatria	6
Accertamenti Diagnostici	7
Assistenza Infermieristica	7
Ticket	7
Pacchetti Chirurgici	8
Prevenzione	8
Indennità per Ricovero	8
Trasporto in Autoambulanza	9
Prestazioni non rimborsabili	9
Fotocopie delle fatture/ricevute	9
Centrale Informativa	9
Home Page Personale – Area Riservata	10

Prestazioni eseguite in “FORMA DIRETTA”	11
--	-----------

Validità delle Autorizzazioni al Rimborso in “Forma Diretta” per i Ricoveri	11
Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate	12
Come usufruire del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale	13
Imposta di Bollo su Ricevute Mediche	14

Piano Sanitario “Orange” Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 1 – Ricoveri in Istituto di Cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico	15
GARANZIA 2 – Accertamenti Diagnostici e Visite Specialistiche Pre Ricovero per grandi interventi chirurgici	22
GARANZIA 3 – Accertamenti Diagnostici, Visite Specialistiche e Terapie Post Ricovero per grandi interventi chirurgici	24
GARANZIA 4 – Diagnostica Ecografica	26
GARANZIA 5 – Diagnostica e Terapie di alta specializzazione	28
GARANZIA 6 – Visite specialistiche ambulatoriali	31
GARANZIA 7 – Ticket per prestazioni sanitarie fruiti presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate	32
GARANZIA 8 – Pacchetto maternità	33
Sub-Garanzia 8.1 – Pacchetto Maternità ACCERTAMENTI	33
Sub-Garanzia 8.2 – Pacchetto Maternità RICOVERO PER PARTO	35
GARANZIA 9 – Pacchetti Prevenzione	36
GARANZIA 10 – Odontoiatria	39
GARANZIA 11 – Indennità/Diaria sostitutiva per i ricoveri conseguenti a grandi interventi chirurgici con degenza notturna	45
GARANZIA 12 – Protezione neonati	46
GARANZIA 13 – Trasporto in Autoambulanza	48
GARANZIA 14 – Lenti	49
GARANZIA 15 – FISIOKINESITERAPIA a seguito di infortunio	50

Guida per gli assistiti

Un utile strumento per utilizzare al meglio il **Piano Orange**

Un network di
convenzioni
per la tua
assistenza

Questa Guida illustra le Garanzie offerte dal Piano Sanitario “ORANGE” FasiOpen e quindi identifica all’interno delle singole Garanzie, una serie di prestazioni/cure previste dalla copertura, le condizioni economiche ed eventuali ulteriori indicazioni oltre quanto riportato nel Nomenclatore Base FasiOpen.

Invitiamo gli assistiti a leggere con attenzione le informazioni riportate anche nel Nomenclatore Base.

Fermo restando il diritto del cittadino sulla “libera scelta” della Struttura Sanitaria e/o del professionista laureato in Medicina e Chirurgia e/o in Odontoiatria e Protesi Dentaria (regolarmente abilitati e riconosciuti dalle Autorità competenti) si ricorda che il FasiOpen si avvale di una fitta rete di convenzioni dirette con Case di Cura, Studi Odontoiatrici,

Strutture Ospedaliere/Universitarie, Poliambulatori Diagnostici, Centri di Fisioterapia, Day Hospital e Day Surgery.

NETWORK DI CONVENZIONI in “Forma Diretta”

Nelle strutture convenzionate, rientranti nel network riconosciuto dal Fondo, le prestazioni sanitarie eseguite entro i limiti e i massimali previsti dai rispettivi Piani Sanitari, sono a totale carico di FasiOpen.

L’assistenza in “Forma Diretta” permette agli assistiti di evitare anticipi economici, con l’eccezione delle eventuali eccedenze se previste e delle normali spese accessorie (per esempio: telefono, copia della cartella clinica, servizi extra, ecc.) e sempre nei limiti economici stabiliti dai singoli Piani Sanitari.

L'assistenza sanitaria FasiOpen

Il FasiOpen ha un proprio Nomenclatore Base che rappresenta un elenco di prestazioni riconosciute come rientranti nella propria area di intervento

Un Piano Sanitario è suddiviso in Garanzie che, a loro volta, contemplano le prestazioni effettivamente rimborsate entro i limiti economici da queste regolamentate.

Si fa dunque riferimento al Nomenclatore Base di FasiOpen fermo restando che le prestazioni/cure dovranno essere ricomprese nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario (quindi se una prestazione è presente nel Nomenclatore Base ma non è contemplata dalle Garanzie del proprio Piano Sanitario, questa non potrà essere riconosciuta dal Fondo pur rientrando nella sua area sanitaria di intervento).

La singola Garanzia elenca le prestazioni, le modalità e l'entità di compartecipazione alla spesa da parte del Fondo, nonché le procedure da seguire per poterne richiedere il rimborso. Vengono quindi fornite ulteriori informazioni utili al corretto svolgimento delle procedure e un glossario della terminologia utilizzata consultabile a pag. 162 del Nomenclatore Base.



La Centrale Informativa di FasiOpen è a disposizione degli assistiti per qualsiasi informazione o chiarimento.

Prestazioni eseguite in “FORMA INDIRETTA”

Come richiedere il Rimborso

L'invio della documentazione delle richieste di rimborso, sia per gli assistiti che per le Strutture Sanitarie, avviene tramite la procedura online che offre la possibilità di trasmettere digitalmente la documentazione sanitaria e di spesa utilizzando le credenziali di accesso alla propria Area Riservata. La trasmissione digitale di tutta la documentazione consente agli iscritti e alle Strutture Sanitarie la riduzione dei tempi di liquidazione da parte del FasiOpen e l'accesso costante alla consultazione di tutta la documentazione di spesa (nelle rispettive sezioni e limitatamente a quanto concesso dalla normativa sulla privacy). Per coloro che non hanno accesso ai canali digitali, il FasiOpen continua, in via residuale, ad accettare le richieste di rimborso di prestazioni ricevute tramite raccomandata, alla Sede Operativa di FasiOpen, Viale Europa 175 – 00144 Roma.

La richiesta di rimborso in forma indiretta dovrà contenere il modulo “Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie” oppure, in caso di prestazioni odontoiatriche, il modulo “Richiesta Prestazioni Odontoiatriche/Modello Unificato”, la documentazione di spesa (in copia nel caso di invio cartaceo), la documentazione sanitaria prevista per le prestazioni.

Si precisa che indipendentemente dalla modalità di inoltro, dovrà essere effettuata una richiesta per ogni soggetto che ha fruito delle cure e che la documentazione di spesa deve essere intestata a colui/lei che ha fruito delle prestazioni/cure (nel caso di assistiti minorenni, anche se la fattura viene intestata al titolare dell'iscrizione al FasiOpen, il nome del minore soggetto a cure deve comunque essere chiaramente riportato nella fattura, dovendo sempre essere identificabile l'assistito per il quale è stato emesso il giustificativo di spesa come previsto dalla normativa fiscale).

Al fine di non ostacolare le procedure di liquidazione, si invita a non trasmettere giustificativi di spese relative a prestazioni fruiti in “Forma Diretta” e/o documentazione per prestazioni non previste da FasiOpen in generale e/o non previste dal proprio Piano Sanitario.

Termini di presentazione

La richiesta di Rimborso dovrà essere compilata in ogni sua parte e trasmessa a FasiOpen online accedendo alla propria Area Riservata – entro e non oltre tre mesi dalla data di emissione dei documenti di spesa a saldo per i quali si richiede il Rimborso (art. 13 del vigente Regolamento). Ad esempio: copie delle fatture/ricevute rilasciate il 1° gennaio dovranno essere inviate entro e non oltre il 1° aprile dello stesso anno.

Per le richieste di rimborso per prestazioni che non prevedono la presenza di una documentazione di spesa, come ad esempio il riconoscimento di una Indennità/Diaria, il termine di presentazione è di tre mesi dalla data di dimissione del ricovero, quindi a tal proposito, oltre la richiesta è vincolante la presentazione della cartella clinica completa e leggibile in tutte le sue parti. Le richieste di rimborso (con documentazione di spesa o senza documentazione di spesa come per le indennità) inviate oltre i termini sopra riportati saranno respinte.

Spese imputabili a responsabilità di terzi

Nel caso di evento dipendente da responsabilità di terzi, come previsto dall'articolo 13 del vigente Regolamento, l'erogazione delle prestazioni, se previste e nei limiti di quanto previsto, è subordinata all'invio da parte dell'assistito di due del modulo scaricabile all'interno dell'area riservata denominato "Dichiarazione Responsabilità Terzi".

Cartelle cliniche e certificazioni mediche

In caso di ricovero, sia con degenza notturna, sia con degenza diurna (per le Garanzie/Piani Sanitari che lo prevedono), con o senza intervento chirurgico (per le Garanzie/Piani Sanitari che lo prevedono), è indispensabile, indipendentemente dalla forma di fruizione delle cure, trasmettere la copia completa della relativa cartella clinica, possibilmente in formato digitalizzato.

Si ricorda che, in nessun caso, sono previsti i rimborsi per prestazioni con finalità estetica e/o quant'altro rientrante nelle esclusioni o a tutte queste riconducibili indipendentemente se fruite in corso di ricovero per altra patologia rientrante nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario.

Il FasiOpen si riserva di richiedere la trascrizione della cartella clinica qualora la documentazione non risultasse leggibile e/o di richiedere la traduzione qualora la documentazione fosse in lingua estera (in particolare se eseguite in Paesi orientali e/o Arabi).

Prestazioni/cure fruite in Paesi Esteri

Si precisa che il FasiOpen interviene economicamente anche a fronte delle spese sostenute all'estero presso Strutture Sanitarie e/o medici specialisti, nella stessa misura ed alle stesse condizioni previste per le cure effettuate nel nostro Paese.

Pertanto, procedure che regolano la presentazione delle richieste di rimborso, limiti temporali e/o quantitativi e/o di età e/o di sesso, termini di presentazione delle richieste nonché documentazione sanitaria rimangono validi anche per le cure fruite all'estero.

Al fine di una corretta valutazione economica delle prestazioni, si suggerisce di reperire la più ampia documentazione a chiarimento di tutte le prestazioni eseguite.

Il Fondo si riserva di chiedere, in aggiunta alla documentazione di spesa, l'inoltro della quietanza di pagamento/saldo delle prestazioni fruite. In tal caso, poiché il Fondo eroga rimborsi in euro, sarà effettuata la conversione di valuta in base alla data risultante sulla quietanza di pagamento.

Odontoiatria

Il FasiOpen a partire dal 01.01.2022 riconosce il rimborso per le prestazioni odontoiatriche anche in "Forma Indiretta" alle condizioni e nei limiti temporali ed economici previsti dalla singola Garanzia. Saranno dunque riconosciute anche le prestazioni fruite presso un professionista abilitato dalle Autorità competenti e/o presso una Struttura Sanitaria abilitata non rientrante nel network riconosciuto dal Fondo (sempre nei limiti di quanto previsto dalla Garanzia).

Non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa per prestazioni odontoiatriche eseguite in corso di ricovero (qualsiasi tipologia) indipendentemente dal motivo per il quale è stato effettuato il ricovero stesso. Pertanto, le prestazioni odontoiatriche saranno riconosciute esclusivamente se eseguite in regime ambulatoriale.

Ulteriori indicazioni saranno riportate nella Garanzia dedicata.

Si rinvia a pag.18 del Nomenclatore Base per ulteriori specifiche e alla Garanzia 10 della presente Guida.

Accertamenti Diagnostici

Gli accertamenti diagnostici sono riconosciuti nei limiti di quanto e se previsto dalle Garanzie dei singoli Piani Sanitari.

Per accedere ai previsti rimborsi, limitatamente a quanto previsto dalle Garanzie, è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture, il dettaglio delle prestazioni eseguite nonché **la prescrizione del medico specialista e/o medico di base curante con l'indicazione del tipo di patologia (obbligatoria) certa o presunta che ha reso indispensabile gli accertamenti stessi (con ulteriore specifica di accertamento pre intervento e/o post intervento ove previsto).**

Sono tassativamente escluse dal rimborso le prestazioni di medicina preventiva (predittiva), sperimentale e/o di ricerca e/o alternativa.

Per gli esami radiologici e per gli accertamenti diagnostici di medicina nucleare le voci si riferiscono ad esami completi delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari per una indagine esaustiva.

Per alcuni esami diagnostici, se previsti dal proprio Piano Sanitario ed in particolare per la forma diretta indipendentemente dal Piano Sanitario, è prevista la riduzione del 50% sul secondo esame (o comunque economicamente meno oneroso).

Si precisa che, con la definizione “nel corso della stessa seduta” deve intendersi, nel corso del medesimo accesso alla struttura sanitaria, pertanto, nel caso di esecuzione di due accertamenti, sarà applicata la riduzione del 50% (ove previsto) qualora non sia inequivocabilmente rilevabile l'eventuale diverso accesso (diverso giorno di esecuzione dell'accertamento).

Si rinvia a pag.13 del Nomenclatore Base per ulteriori specifiche e alle diverse Garanzie della presente Guida.

Assistenza Infermieristica

Il FasiOpen riconosce il rimborso dell'Assistenza Infermieristica in corso di ricovero notturno, qualora questa risulti esplicitamente prevista dal proprio Piano Sanitario.

Si rinvia a pag.18 del Nomenclatore Base per ulteriori specifiche e alla Garanzia 1.

Ticket

Il ticket, che deve sempre riportare il dettaglio delle prestazioni eseguite, è rimborsabile, nei limiti massimi secondo specifica delle singole Garanzie dei singoli Piani Sanitari, solamente se riferito alle prestazioni specialistiche espressamente ricomprese nel Piano Sanitario dell'iscritto/assistito, ed è soggetto alle stesse limitazioni quantitative e/o temporali previste nell'ambito di ciascuna prestazione (come riportato anche nel Nomenclatore).

Si rinvia a pag. 20 del Nomenclatore Base per ulteriori specifiche e alla Garanzia 7 della presente Guida.

Pacchetti Chirurgici

Al fine di snellire le procedure di inoltro delle richieste di rimborso da parte degli assistiti e da parte delle Strutture Sanitarie rientranti nel network riconosciuto dal FasiOpen, sono stati introdotti, per alcune procedure già ricomprese nell'area di intervento del Fondo, dei pacchetti chirurgici.

Per i Piani Sanitari che operano a Garanzia, nulla risulta variato rispetto alla precedente valorizzazione poiché, i Pacchetti operano sempre in funzione e nei limiti di quanto previsto, se previsto, dalle Garanzie che le ricomprende.

La modalità a Pacchetto, per la forma diretta, permette di accedere alle procedure chirurgiche con tariffe economicamente più favorevoli all'iscritto/assistito.

Il trattamento previsto per la prestazione a "pacchetto" è relativo all'intervento chirurgico come fase unica, ossia, il ricovero/procedura chirurgica è l'unica procedura eseguita nel corso di un ricovero.

Qualora l'intervento/procedura, venga invece effettuato nel corso di un ricovero per altro intervento chirurgico (per il quale non è presente la modalità a pacchetto), sarà disponibile all'interno del Nomenclatore, un'ulteriore voce di "intervento concomitante" che prevede un diverso importo (imputabile, dunque, qualora l'intervento non sia la fase principale dell'atto chirurgico).

Si rinvia a pag. 21 del Nomenclatore Base per ulteriori specifiche e alla Garanzia 1 della presente Guida.

Prevenzione

Per i Piani Sanitari che li prevedono, il Fondo offre dei Pacchetti Prevenzione.

L'iscritto/Assistito può liberamente scegliere 1 Pacchetto di Prevenzione l'anno, (se rientranti nel proprio Piano Sanitario), tenendo presente che, è rimborsabile 1 pacchetto di prevenzione l'anno con la particolarità che, il medesimo pacchetto non è rimborsabile prima di 2 anni, ad eccezione dei "Pacchetti Prevenzione Oncologici Uomo/Donna" che è invece ripetibile 1 volta l'anno fino all'età di 65 anni compiuti oltre i quali rientrerà nella cadenza ordinaria di 2 anni.

Si rinvia a pag. 23 e pag. 158 del Nomenclatore Base e alla Garanzia 9 della presente Guida.

Indennità per Ricovero

Il FasiOpen, limitatamente a specifici Piani Sanitari, ove e nei limiti singolarmente previsti da questi, riconosce il rimborso esclusivamente in forma indiretta per:

- ✓ Indennità per Ricovero Parto, sub garanzia 8.2
- ✓ Indennità Sostitutiva per ricovero notturno conseguente ad Interventi (dettagliati nella Garanzia 1), garanzia 11

Si sottolinea che, tale rimborso, viene riconosciuto unicamente quando, il ricovero è stato eseguito con il S.S.N e non è richiesto e/o non è stato richiesto a FasiOpen, alcun rimborso in riferimento al ricovero notturno e/o a prestazioni riconducibili al ricovero per intervento chirurgico (diagnostica, visite specialistiche, terapie, accertamenti pre e post-intervento, trasporto in autoambulanza ecc.). Non è previsto il riconoscimento delle suddette voci di indennità, nel caso di ricovero chirurgico non rientrante tra gli interventi specificati nella Garanzia 1.

Ad ulteriore chiarimento, si ricorda che il rimborso dell'indennità (qualsiasi tipologia) viene riconosciuto solo per l'assistito soggetto a cure, ovvero solo ed esclusivamente per colui che riceve direttamente le cure/terapie, se rientrante nel nucleo familiare assistibile registrato presso l'anagrafica del Fondo all'atto dell'inizio del ricovero, indipendentemente dall'età del "paziente", ovvero, non è riconosciuta ulteriore indennità per l'eventuale familiare che si ricovera per assistenza al degente.

La richiesta di rimborso per il riconoscimento dell'indennità, laddove prevista dal Piano Sanitario e fermo restando i requisiti per il riconoscimento della richiesta, deve pervenire entro e non oltre i 3 mesi dalla data di dimissione. A tal proposito si ricorda che, è obbligatorio allegare alla domanda anche la copia della cartella clinica relativa all'intervento chirurgico con ricovero notturno e/o relativa al ricovero per Parto.

Trasporto in Autoambulanza

Il FasiOpen riconosce una compartecipazione alla spesa per il "Trasporto in Autoambulanza", limitatamente alla forma indiretta ed esclusivamente al territorio nazionale. Si rinvia a pag.23 del Nomenclatore Base e alla Garanzia 13 della presente Guida.

Prestazioni non rimborsabili

Vi invitiamo a non trasmettere giustificativi di spese relative a prestazioni non previste da FasiOpen, come riportato nell'elenco esemplificativo delle "prestazioni non coperte da FasiOpen".

Le prestazioni/cure/interventi non espressamente riportati e non rientranti nel proprio Piano Sanitario devono intendersi come non rimborsabili pur se rientranti nell'area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen). Si rinvia a pag.25 del Nomenclatore Base per ulteriori specifiche.

Fotocopie delle fatture/ricevute

Il FasiOpen prevede l'inoltro delle richieste di rimborso per prestazioni sanitarie (rientranti nel proprio Piano Sanitario) solo in modalità on line. Il Fondo non restituisce i giustificativi di spesa indipendentemente se erroneamente pervenuti in modalità cartacea originale e/o in copia. Altresì, il Fondo non effettua il servizio copie per giustificativi di spesa per prestazioni fruiti in forma diretta. Il FasiOpen si impegna, qualora dovessero essere richiesti dagli Uffici Finanziari in sede di accertamento della dichiarazione dei redditi ad inoltrare copia di quanto ricevuto, ponendo le relative spese a carico dell'iscritto/assistito destinatario (invio con addebito al destinatario).

Centrale Informativa

A disposizione degli assistiti vi è la Centrale Informativa di FasiOpen operativa dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.00 orario continuato. Se si contatta la Centrale Informativa:

- ✓ Opzione 1 Assistiti
 - Tasto 1 Informazioni Sanitarie – Prestazioni – Piani di cure
 - Tasto 2 Informazioni Amministrative – Contributive
- ✓ Opzione 2 Azienda

Tasto 1 Azienda Iscritta o In Fase di Registrazione
Tasto 2 Azienda non Iscritta ed Informazioni Generali.

Home Page Personale – Area Riservata

Dal sito www.fasiopen.it, inserendo il codice personale e la password individuale, è possibile accedere a una Area Riservata personale. Da questa pagina è possibile:

- ✓ Inviare, ove previsto, i Piani di Cure Odontoiatrici Online;
- ✓ inviare le richieste di Rimborso Online;
- ✓ verificare la avvenuta ricezione da parte di FasiOpen dei Piani di Cure Odontoiatrici;
- ✓ verificare la avvenuta ricezione da parte di FasiOpen della richiesta di Rimborso;
- ✓ verificare l'esito dei Piani di Cure Odontoiatrici (in lavorazione, lavorato, esito disponibile);
- ✓ verificare l'esito delle richieste di Rimborso (in tariffazione, liquidata);
- ✓ verificare e modificare la propria situazione anagrafica;
- ✓ stampare la modulistica necessaria (Modulo Piano di Cure ecc.);
- ✓ modificare e/o rinnovare la propria password;
- ✓ stampare l'esito dei Piani di Cure Odontoiatrici;
- ✓ stampare i dettagli di liquidazione delle proprie richieste di Rimborso.



Prestazioni eseguite in “FORMA DIRETTA”

Tutte le Strutture Sanitarie convenzionate in "Forma Diretta" (Case di Cura, Day Hospital, Day Surgery, Centri di Fisioterapia, Poliambulatori Diagnostici, Ospedali, Policlinici Universitari, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Studi Odontoiatrici) sono collegate telematicamente.

Il collegamento permette alle Strutture Sanitarie di predisporre le richieste di rimborso prestazioni richieste **in tempo reale 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno**, sempre nel rispetto delle condizioni previste dal Piano Sanitario prescelto, nonché delle specifiche e **più favorevoli condizioni tariffarie** concordate con le Strutture Sanitarie stesse a vantaggio degli assistiti.

CENTRALE INFORMATIVA

La Centrale Informativa di FasiOpen (dalle ore 09.00 alle ore 17.00 orario continuato, dal lunedì al venerdì) è a disposizione degli assistiti per fornire informazioni su tutte le tipologie di Strutture Sanitarie convenzionate, sulle branche della medicina e chirurgia eseguibili in "Forma Diretta" e su quelle che non rientrano negli accordi di convenzione diretta.

Validità delle Autorizzazioni al Rimborso in “Forma Diretta” per i Ricoveri



IMPORTANTE

I Ricoveri in convenzione diretta sono autorizzabili, limitatamente a quanto previsto dal proprio Piano Sanitario:

- ✓ per un massimo di 12 giorni, se effettuati in reparti di Medicina;
- ✓ per un massimo di 8 giorni per quelli conseguenti ad intervento chirurgico.

Se, per motivi esclusivamente medici, si rendesse necessario prolungare la permanenza nella Struttura Sanitaria convenzionata in “Forma Diretta”, la Struttura dovrà richiedere, tramite procedure note alla Struttura stessa, una **Estensione** dell'autorizzazione al ricovero, motivandola con una **certificazione** rilasciata dal medico curante.

Tale richiesta sarà sottoposta all'esame dei medici consulenti del Fondo per una verifica di merito: nel caso in cui FasiOpen non accolga la richiesta di **Estensione** del periodo di Ricovero, le spese sanitarie relative al periodo "aggiuntivo" saranno a completo carico dell'assistito.

Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile attraverso il sito www.fasiopen.it, accedendo alla sezione dedicata "network sanitario".

Per usufruire degli accordi diretti gli assistiti devono comunicare:

- ✓ il codice assistito titolare della posizione;
- ✓ un documento di riconoscimento (per i minori, di uno degli esercenti la responsabilità genitoriale).

È bene ricordare che non tutti i medici-chirurghi che operano nelle suddette Strutture Sanitarie hanno accettato gli accordi di convenzione. In questi casi non è possibile applicare la "Forma Diretta": gli assistiti dovranno saldare in proprio le relative spese e richiedere successivamente il Rimborso a FasiOpen, secondo le procedure previste dalla "Forma Indiretta".

Si invitano gli assistiti, soprattutto in caso di ricovero, a farsi rilasciare dalla Struttura Sanitaria convenzionata un preventivo dettagliato di spesa onde evitare disguidi derivanti dall'errata interpretazione di quanto previsto dalle Garanzie del proprio Piano Sanitario.

Le fatture/ricevute sanitarie emesse per qualsiasi prestazione fruita in "Forma Diretta" presso le Strutture Sanitarie convenzionate, saranno inoltrate dalle stesse Strutture Sanitarie a mezzo applicativo telematico. Si invita pertanto gli assistiti a non inoltrare la medesima documentazione di spesa e/o documentazione di spesa relativa a quote rimaste a carico dell'assistito.

Gli assistiti, pertanto, devono sempre **farsi rilasciare dalle Strutture Sanitarie l'originale delle fatture/ricevute** sanitarie riferite alle spese che salderà il Fondo e di quelle pagate in proprio, utili per gli usi consentiti dalle normative fiscali vigenti.

Al momento delle dimissioni o al termine delle prestazioni ambulatoriali fruita è necessario sottoscrivere l'apposito Modulo, predisposto da FasiOpen e in possesso delle Strutture Sanitarie convenzionate, attraverso il quale l'assistito che ha richiesto ed usufruito delle prestazioni:

- ✓ conferma, con la sottoscrizione, di aver fruito delle prestazioni indicate nella richiesta, sia in termini di tipologia sia in termini di quantità (non essendo ammessa al rimborso una richiesta anticipata per prestazioni ancora da fruire);
- ✓ autorizza le Strutture Sanitarie a recuperare le somme dalle stesse anticipate in suo favore, se dovute perché riconosciute come rimborsabili da parte del FasiOpen. In caso contrario si impegna a saldarle in proprio;
- ✓ scioglie dal segreto professionale (nei confronti di FasiOpen e suoi collaboratori) i medici che lo hanno tenuto in cura;
- ✓ dichiara di aver saldato qualsiasi eccedenza a suo carico di cui, sulla base del Piano Sanitario prescelto, non ha diritto ad ulteriore Rimborso da parte di FasiOpen;
- ✓ si impegna, a norma di quanto previsto dall'articolo 13 del Regolamento, a rimborsare a FasiOpen, fino alla concorrenza di quanto pagato dal Fondo in suo nome, eventuali somme ricevute da terzi a titolo di risarcimento qualora la spesa si riferisca ad eventi dipendenti da responsabilità di terzi;

- ✓ si impegna a saldare gli importi che, al momento dell'esame della richiesta di rimborso, il FasiOpen rilevi come non rimborsabili e/o come non rientranti nelle/a Garanzie/a del proprio Piano Sanitario e/o eccedente i limiti;
- ✓ si impegna inderogabilmente a saldare tutte le prestazioni che, successivamente all'erogazione, indipendentemente se riferibili a prestazioni ambulatoriali e/o ricovero di qualsiasi natura (diurno ove previsto o notturno), non risultassero liquidabili dal Fondo per la perdita del diritto all'assistenza da parte del FasiOpen;
- ✓ autorizza la Struttura Sanitaria ad inoltrare al FasiOpen, Poste Welfare e Servizi S.r.l. e Pro.ge.sa S.r.l. copia della documentazione di spesa e quanto necessario per ottenere i rimborsi da parte del FasiOpen;
- ✓ concede il "consenso" al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, così come previsto dalla legge 196/03 sulla Privacy e successive integrazioni e/o modifiche.

Come usufruire del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) ed i Servizi Sanitari Regionali (S.S.R.) riconoscono il diritto del cittadino alla "libera scelta" della Struttura Sanitaria ove si desidera fruire delle prestazioni sanitarie. La legge prevede che il cittadino, munito della "ricetta/richiesta" del proprio medico di base (generico), possa scegliere dove eseguire le prestazioni senza doversi far autorizzare dalla propria AUSL (Azienda Unità Sanitaria Locale). In concreto, ha il diritto di scegliere tra la Struttura Sanitaria pubblica e la Struttura Sanitaria privata accreditata (convenzionata con il S.S.N./ S.S.R.).

La legge è valida per qualsiasi tipologia di prestazione sanitaria, sia ambulatoriale sia in forma di ricovero. Per esempio: in Italia quasi tutti i Laboratori di Analisi, i Gabinetti Radiologici, i Centri di Fisiokinesiterapia, i Centri di Medicina Nucleare (Scintigrafia) sono accreditati (convenzionati) con il S.S.N./S.S.R. È dunque possibile accedere con la prescrizione del proprio medico generico di base e chiedere, per tutte le prestazioni riconosciute, di usufruire del Sistema Sanitario Regionale oppure, **per le prestazioni non riconosciute**, richiedere l'applicazione degli accordi tariffari concordati o ancora delle tariffe private della Struttura Sanitaria, se in quel momento più convenienti.



IMPORTANTE Massimali di rimborso

I Massimali previsti per i rimborsi in "Forma Indiretta" e quelli per la "Forma Diretta" non si sommano fra loro.

Il diritto alla "libera scelta" attraverso la ricetta/richiesta del proprio medico generico di base può essere esercitato anche presso le Case di Cura private accreditate (convenzionate) con il S.S.N./S.S.R., senza alcun bisogno dell'autorizzazione della AUSL. I costi per servizi/prestazioni di tipo privatistico, anche se svolti in ambito di Strutture Sanitarie accreditate pubbliche o private, saranno rimborsati nei limiti previsti dal Piano Sanitario prescelto e, comunque, al di fuori di quanto previsto dalla Garanzia 7 – Ticket per prestazioni sanitarie fruite presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate.

Se si pagano contemporaneamente ticket e prestazioni private e tali spese compaiono sulla stessa ricevuta sanitaria, bisogna richiedere alla Struttura Sanitaria di indicare la tipologia di prestazione e quale importo è riferito al solo ticket.

Imposta di Bollo su Ricevute Mediche

Premesso che:

- ✓ per effetto dell'applicazione dell'articolo 13 del DPR n. 642/72 ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore a quanto previsto dalla vigente normativa deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente in vigore mediante applicazione, da parte di chi emette il documento di spesa, di marche o bollo a punzone;
- ✓ in caso di trasgressione dell'obbligo di cui sopra è prevista una sanzione amministrativa compresa tra il 100% e il 500% del tributo dovuto;
- ✓ sono obbligati in solido al pagamento del tributo e delle eventuali sanzioni amministrative tutte le parti che sottoscrivono, ricevono, accettano o negoziano atti o documenti non in regola con l'assolvimento del tributo ovvero li allegano ad altri atti o documenti.

Qualora FasiOpen riceva dai propri assistiti, ai fini del Rimborso, atti o documenti privi di marca o bollo a punzone, ai fini dell'esonero da responsabilità amministrativa è obbligato alla presentazione di tali documenti all'Ufficio del Registro.

Ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte di FasiOpen l'assistito deve presentare, tramite la propria Area Riservata, allo stesso FasiOpen, fatture regolarmente assoggettate a imposta di bollo, ove essa sia necessaria.

L'imposta di bollo non è rimborsata da FasiOpen.



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 1 – Ricoveri in Istituto di Cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico

Il Rimborso può essere ottenuto sia in “forma diretta” che in “forma indiretta” ed è riferibile esclusivamente a ricoveri con degenza notturna. La Garanzia non è operativa nel caso di ricoveri con degenza diurna o per interventi eseguiti in regime ambulatoriale (rilevabili da cartella clinica e/o verbale di sala operatoria).

Per ottenere il Rimborso in “forma indiretta” è indispensabile inviare a FasiOpen la documentazione di spesa (procedura online) che attesti inequivocabilmente l'avvenuto pagamento delle prestazioni mediche fruite. È necessario allegare copia completa e leggibile della cartella clinica relativa all'oggetto del rimborso. Diversamente, nella “forma diretta”, sarà a cura della Struttura trasmettere al Fondo la documentazione necessaria al rimborso¹.

Sono esclusi i Rimborsi previsti dalla Garanzia 8 – Maternità, i Rimborsi per prestazioni/interventi/cure a scopo preventivo e quanto non rientrante nell'elenco dei grandi interventi chirurgici sotto riportati.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 100.000
MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	€ 90.000
QUOTA RIMBORSO (comprensiva di tutte le competenze compreso la equipe medica)	100%
MINIMO NON INDENNIZZABILE	Nessuno
Dettaglio	Sottomassimali di rimborso previsti
RETTA DI DEGENZA	Fino a €300 a notte in “forma indiretta”
RETTA DI ACCOMPAGNAMENTO	Fino a €50 al giorno – max 30 giorni per ricovero in “forma indiretta”
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	Fino a €60 al giorno – max 30 giorni per ricovero in “forma diretta” o “indiretta”

¹ Per informazioni più dettagliate in merito ai Rimborsi previsti in “forma diretta” si invitano gli assistiti a prendere attenta visione di quanto riportato al Capitolo “Prestazioni eseguite in forma diretta” e al Capitolo “Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate”.

SALA OPERATORIA	Rimborsabile nei limiti del massimale
MEDICINALI, MATERIALI E PROTESI	
VISITE SPECIALISTICHE INTRARICOVERO	
DIAGNOSTICA INTRARICOVERO	

Elenco grandi interventi chirurgici

Interventi riconosciuti unicamente per patologie oncologiche maligne

56101 - 222 Linfadenectomia ascellare (come unico intervento)
43042 - 224 Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
43034 - 225 Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie
43109 - 226 Mastectomia sottocutanea (trattamento completo)
41053 - 229 Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella e linfadenectomie associate, qualsiasi tecnica (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)
59065 - 230 Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella, qualsiasi tecnica (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo), senza altre linfadenectomie associate
43026 - 231 Quadrantectomia, compresa tecnica "NIPPLE-SPARING", senza linfadenectomie associate
56119 - 232 Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
56127 - 233 Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
56135 - 234 Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea o quadrantectomia con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
56143 - 235 Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia o quadrantectomia (come unico intervento)
59073 - 236 Tumorectomia con resezione del linfonodo sentinella (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)
59081 - 237 Tumorectomia con resezione del linfonodo sentinella e linfadenectomie associate (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)
56226 - 271 Tumori di qualsiasi natura, exeresi o escissione in blocco
40923 - 360 Linfadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)
41038 - 361 Linfadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)
40931 - 362 Linfadenectomia sopraclaveare (come unico intervento)
40949 - 361 Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle
43000 - 365 Paratiroidi, reinterventi
43463 - 367 Tiroide, lobectomie
40956 - 368 Tiroidectomia subtotale
56234 - 369 Tiroidectomia totale, o totalizzazione di tiroidectomia, qualsiasi via di accesso, senza svuotamento laterocervicale
43497 - 371 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
40980 - 372 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale
40899 - 377 Tumore maligno del collo, asportazione di (escluso i casi descritti)
41210 - 380 Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
41202 - 382 Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia
41186 - 383 Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia
41509 - 384 Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
41269 - 390 Protesi endo - esofagee, collocazione di
56259 - 400 Gastrectomia parziale o subtotale (compresa eventuale linfadenectomia)
41491 - 401 Gastrectomia totale con linfadenectomia anche estesa
47414 - 402 Gastrectomia totale con linfadenectomia estesa con splenopancreasectomia sinistra associata
43703 - 406 Resezione gastro duodenale
41988 - 412 Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo
44024 - 419 Bypass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne
41632 - 422 Colectomia segmentaria (compresa eventuale stomia)
41640 - 423 Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia
41657 - 424 Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
41665 - 425 Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
41731 - 436 Emicolectomia destra con linfadenectomie
41749 - 437 Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (Hartmann ed altre)
59181 - 457 Posizionamento protesi del colon
59198 - 458 Posizionamento protesi del retto
44743 - 459 Procto-colectomia totale con pouch ileale
59214 - 466 Resezione del sigma-retto per patologia maligna con eventuali linfadenectomie associate
59222 - 467 Resezione retto-colica anteriore (anche ultra bassa) compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
59230 - 468 Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, compresa eventuale linfadenectomia inguinale bilaterale
56309 - 470 Tumore maligno del retto, per via trans-ale o con microchirurgia endoscopica trans-ale (TEM), asportazione di
42143 - 488 Linfadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)
42184 - 489 Linfadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)

56317 – 490 Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)
44974 – 499 Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili o per stadiazione linfadenopatie
42523 – 511 Tumore o fibrosi retroperitoneale (compresi ureterolisi e viscerolisi estesa), intervento chirurgico per (trattamento completo)
42705 – 522 Colectostomia per neoplasie non resecabili
42747 – 530 Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica
57473 – 532 Papilla di Vater, ampullectomia per cancro con reimpianto del dotto di Wirsung e coledoco
42630 – 535 Resezioni epatiche maggiori
45203 – 536 Resezioni epatiche minori
59257 – 538 Termoablazione con radiofrequenza di tumori epatici primitivi, qualsiasi via di accesso
45708 – 540 Vie biliari, interventi palliativi
45740 – 545 Cefalo duodeno pancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia
45757 – 551 Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
45765 – 552 Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
42861 – 553 Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
42929 – 557 Splenectomia
57549 – 575 Exenteratio orbitae
57565 – 585 Ghiandola sottomascellare, asportazione per neoplasie maligne, compresa eventuale linfadenectomia
46854 – 591 Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
46797 – 592 Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare
40691 – 597 Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale
56390 – 598 Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale
40667 – 599 Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale, resezione del
56408 – 600 Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale, resezione del
40709 – 601 Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario
46888 – 602 Neoformazioni endosse di grandi dimensioni, exeresi di
40600 – 604 Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di
46904 – 605 Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di
40741 – 614 Parotidectomia totale o sub-totale
46714 – 682 Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per o ricostruzione del capezzolo dopo chirurgia oncologica
47696 – 692 Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
46730 – 693 Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea o quadrantectomia con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
56465 – 695 Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia o quadrantectomia (come unico intervento)
48678 – 714 Bilobectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
43224 – 740 Linfadenectomia mediastinica (come unico intervento)
48942 – 746 Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
59314 – 747 Neoplasie maligne del diaframma (come fase di intervento principale)
48959 – 748 Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
43216 – 749 Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
43174 – 750 Pleurectomie (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
43331 – 751 Pleuropneumectomia (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
43315 – 753 Pneumectomia, intervento di (compresa linfadenectomia e/o biopsia)
57657 – 754 Pneumectomia con resezione di trachea e anastomosi tracheo-bronchiale
43364 – 758 Resezione bronchiale con reimpianto
43307 – 760 Resezione segmentaria o lobectomia (comprese eventuali linfadenectomie)
48975 – 761 Resezioni polmonari segmentarie atipiche singole o multiple (comprese eventuali linfadenectomie)
48983 – 762 Resezioni segmentarie tipiche (comprese eventuali linfadenectomie)
43455 – 766 Timectomia
50815 – 879 Eviscerazione pelvica
50807 – 885 Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia pelvica e/o lomboaortica, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore
50708 – 886 Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore
50724 – 887 Isterectomia totale semplice con o senza annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore
50690 – 927 Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
52654 – 928 Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
50856 – 930 Vulvectomia parziale
52720 – 931 Vulvectomia parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di
50872 – 932 Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di
52738 – 933 Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di
50864 – 934 Vulvectomia totale
52746 – 951 Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
44354 – 971 Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
44362 – 972 Laminectomia per tumori intramidollari
44115 – 976 Neoplasie endocraniche, asportazione di
44370 – 977 Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
44123 – 1016 Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
45146 – 1017 Tumori dei nervi periferici, asportazione di (escluse lesioni nervose traumatiche e non della mano e del piede)

44214 – 1018 Tumori della base cranica, intervento per via transorale
44222 – 1019 Tumori orbitari, intervento per
52027 – 1022 Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di
52035 – 1024 Exenteratio orbitae
48231 – 1263 Emipelvectomia
54692 – 1264 Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
54858 – 1298 Resezione del sacro (come unico intervento)
54940 – 1316 Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento
48066 – 1321 Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di
54973 – 1322 Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di
54981 – 1323 Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di
47852 – 1324 Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
55277 – 1355 Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore
55343 – 1380 Neoplasie del condotto, exeresi
53306 – 1396 Tumori dell'orecchio medio, asportazione di
53678 – 1434 Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di
59657 – 1442 Faringectomia parziale
55483 – 1445 Neoplasie parafaringee
53876 – 1448 Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di
54106 – 1457 Cordectomia
55491 – 1458 Cordectomia con il laser
59665 – 1462 Epiglottidectomia
55509 – 1464 Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale
55525 – 1465 Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale
54122 – 1466 Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale
55517 – 1467 Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale
54130 – 1469 Laringofaringectomia totale
80820 – 1480 Arteriografia aorta addominale più embolizzazione semplice di tumori
80887 – 1499 Embolizzazione malformazioni e/o aneurismi e/o fistole vascolari cerebrali o tumori endocranici
58117 – 1511 Termoablazione o Crioblazione di neoplasie primitive o metastasi
49304 – 1550 Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di
49296 – 1553 Prostata, resezione endoscopica o vaporizzazione della (qualsiasi tecnica ed attrezzatura, esclusi i casi descritti)
55723 – 1568 Eminefrectomia
49379 – 1570 Nefrectomia allargata per tumore con eventuale trattamento di trombo cavale (compresa surrenectomia)
55764 – 1571 Nefrectomia polare
49361 – 1572 Nefrectomia semplice
55772 – 1578 Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di
49411 – 1579 Nefroureterectomia radicale (compresa eventuale surrenectomia)
49452 – 1584 Surrenectomia (trattamento completo)
55822 – 1607 Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
49692 – 1608 Cistectomia parziale semplice
49718 – 1609 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
55848 – 1610 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciclectomia o uteroannessiectomia con neovesica rettale compresa
55830 – 1611 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciclectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
56804 – 1630 Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)
49924 – 1631 1659 Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica)
50245 - Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
50328 – 1669 Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale monolaterale
58182 – 1670 Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale bilaterale
50302 – 1671 Orchiectomia sottocapsulare bilaterale
50237 – 1676 Pene, amputazione totale con linfadenectomia
56010 – 1677 Pene, amputazione totale del

Altri grandi interventi chirurgici per altre patologie

43802 – 177 Bypass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
43786 – 178 Bypass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
43836 – 179 Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi o sostituzioni valvolari multiple o sostituzione aortica o plastica dell'aorta (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
43851 – 182 Commisurotomia per stenosi mitralica
43729 – 186 Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per
40147 – 187 Fistole arterovenose del polmone, interventi per
40154 – 188 Massaggio cardiaco interno
43760 – 189 Pericardiectomia parziale
43778 – 190 Pericardiectomia totale
40162 – 192 Reintervento con ripristino di C.E.C.
43737 – 193 Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo

59860 – 194 Sostituzione valvolare in chirurgia mini invasiva (heart port)
43810 – 195 Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
40170 – 196 Sostituzioni valvolari con bypass aorto coronarici (C.E.C.)
43968 – 197 Trapianto cardiaco (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
43844 – 198 Valvuloplastica cardiocirurgica
59130 – 370 Tiroidectomia totale per gozzo mediastinico, intervento per
41137 – 378 Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per
41145 – 379 Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per
41244 – 388 Megaesofago, intervento per
41251 – 389 Megaesofago, reintervento per
41160 – 395 Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale
41533 – 399 Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
41483 – 403 Gastrectomia totale per patologia benigna
41525 – 407 Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica
56267 – 411 Varici gastriche (emostasi chirurgica)
41715 – 413 Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità
56283 – 414 Anoplastica e perineoplastica (come unico intervento)
41624 – 415 Appendicectomia con peritonite diffusa
44057 – 428 Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)
41772 – 452 Megacolon, intervento per
46219 – 453 Megacolon: colostomia
41756 – 471 Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come unico intervento)
57449 – 472 Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come fase di intervento principale)
42549 – 507 Occlusione intestinale con resezione
42895 – 513 Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
42648 – 517 Colectistectomia laparoscopica semplice (compresa lisi di aderenze)
57457 – 518 Colectistectomia laparoscopica con colangiografia intraoperatoria e esplorazione della via biliare ed eventuale estrazione di calcoli (compresa assistenza del radiologo) (compresa lisi di aderenze)
57465 – 519 Colectistectomia laparoscopica con coledocolitotomia ed estrazione di calcoli (compresa colangiografia ed assistenza del radiologo) (compresa lisi di aderenze)
56333 – 520 Colectistectomia laparotomica (compresa lisi di aderenze)
42663 – 521 Colectistogastrostomia o colecistoenterostomia
42697 – 523 Coledoco/epatico/digiuno/duodenostomia con o senza colectistectomia
42689 – 524 Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colectistectomia
42671 – 525 Coledoco-epatico duodenostomia con o senza colectistectomia
42655 – 526 Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)
45179 – 527 Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia
42911 – 528 Deconnessione azygos-portale per via addominale
45187 – 529 Drenaggio bilio digestivo intraepatico
45195 – 531 Papilla di Vater, exeresi
42713 – 533 Papillostomia, per via transduodenale ed eventuale asportazione di calcoli (come unico intervento)
45260 – 539 Trapianto di fegato (omnicomprensivo di servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
42739 – 541 Vie biliari, reinterventi
42812 – 547 Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive
42945 – 550 Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)
45799 – 558 Trapianto di pancreas (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
56382 – 578 Frattura zigomo, orbita, terapia chirurgica per
40543 – 579 Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di
57557 – 580 Fratture del seno frontale, terapia chirurgica di
46672 – 581 Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle (compresa l'eventuale fissazione con ferule)
40519 – 582 Fratture mandibolari, riduzione con ferule
40576 – 593 Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia
46862 – 596 Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, laterodeviamenti mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)
46896 – 603 Neoformazioni endosse di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare), exeresi di
46912 – 606 Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di
46938 – 612 Paralisi dinamica o statica del nervo facciale, plastica per
40733 – 613 Parotidectomia parziale con eventuale risparmio del nervo facciale
46755 – 664 Aplasia della vagina, ricostruzione per
47647 – 680 Intervento di push-back e faringoplastica
47654 – 684 Malformazioni complesse delle mani o dei piedi (trattamento completo)
46748 – 694 Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
46763 – 701 Stati intersessuali, chirurgia degli
48595 – 704 Trasferimento di lembo libero microvascolare
43323 – 720 Decorticazione pleuro polmonare, intervento di
43448 – 728 Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali
43265 – 730 Ferite con lesioni viscerali del torace
43356 – 731 Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per
48850 – 732 Fistole esofago-bronchiali e/o esofago-tracheali, interventi di
43596 – 769 Toracoplastica, primo tempo
43604 – 770 Toracoplastica, secondo tempo
49007 – 776 Trapianto di polmone (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
45385 – 777 Aneurismi aorta addominale o aorta toracica più dissecazione: resezione e innesto protesico (a cielo aperto)

- 45229 – 778 Aneurismi arterie distali degli arti, resezione e/o innesto protesico (a cielo aperto)
- 45278 – 780 Aneurismi, resezione e innesto protesico: arterie iliache, femorali, poplitee, omerali, ascellari, glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici (a cielo aperto)
- 49098 – 785 Bypass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
- 45351 – 786 Bypass aorto-iliaco o aorto-femorale
- 45369 – 787 Bypass aorto-renale o aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale
- 59381 – 805 Trattamento endovascolare di aneurismi o aneurismi dissecanti dell'aorta toracica
- 45328 – 810 Tromboendoarteriectomia e bypass e/o embolectomia di tronchi sovraortici
- 49882 – 811 Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di tronchi sovraortici
- 49908 – 813 Tromboendoarteriectomia e innesto protesico e/o embolectomia di tronchi sovraortici (qualsiasi tecnica)
- 44479 – 936 Anastomosi vasi intra-extra cranici
- 59465 – 937 Artrodesi vertebrali per via anteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)
- 59473 – 938 Artrodesi vertebrali per via posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)
- 59481 – 939 Artrodesi vertebrali per via anteriore e posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)
- 44206 – 944 Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni per via anteriore o posteriore
- 44636 – 945 Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, interventi di
- 44180 – 947 Cranioplastica - compresa eventuale rimozione dei mezzi di sintesi
- 44156 – 949 Craniotomia per ematoma extradurale
- 44164 – 950 Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- 44305 – 956 Encefalomeningocele, intervento per
- 44230 – 957 Epilessia focale, intervento per
- 52753 – 961 Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie compresa uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti
- 44412 – 969 Ipofisi, intervento per adenoma per via transfenoidale
- 44438 – 973 Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi sacculari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)
- 56515 – 974 Malformazione aneurismatica o angiomatica con compressione radicolare e/o midollare
- 45096 – 983 Plesso brachiale, intervento sul
- 45039 – 1012 Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)
- 44495 – 1014 Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- 51979 – 1084 Trapianto corneale a tutto spessore
- 51961 – 1085 Trapianto corneale lamellare
- 57881 – 1086 Trapianto di cellule staminali limbari
- 57898 – 1087 Trapianto di cellule staminali limbari combinata con apposizione di membrana amniotica
- 54551 – 1218 Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)
- 47944 – 1219 Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)
- 54569 – 1223 Artrodesi vertebrali per via anteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)
- 54577 – 1224 Artrodesi vertebrali per via posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)
- 48645 – 1225 Artrodesi vertebrali per via anteriore e posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)
- 48348 – 1226 Artrodesi: grandi articolazioni
- 48330 – 1227 Artrodesi: medie articolazioni
- 48363 – 1228 Artrodesi: grandi
- 48355 – 1229 Artrodesi: medie
- 48256 – 1231 Artroplastiche: grandi (qualsiasi materiale)
- 48264 – 1232 Artroplastiche: medie (qualsiasi materiale)
- 48272 – 1233 Artroplastiche: piccole (qualsiasi materiale)
- 48462 – 1234 Artroprotesi: spalla, parziale
- 54585 – 1235 Artroprotesi: spalla, totale
- 48421 – 1236 Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)
- 48447 – 1240 Artroprotesi: ginocchio
- 48454 – 1241 Artroprotesi: gomito
- 56580 – 1242 Artroprotesi: rimozione e sostituzione di artroprotesi settica in un tempo successivo al primo intervento (parziale o totale) come unico intervento, salvo i casi descritti
- 03249 – 3249 Artroprotesi totale anca (artroprotesi anca totale - qualsiasi tecnica - intervento concomitante) rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero non associabile al pacchetto protesi anca totale)
- 03250 – 3250 Artroprotesi: revisione protesi totale anca eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento (artroprotesi revisione anca totale - qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero non associabile al pacchetto revisione protesi anca totale)
- 53301 – 6599 Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo – intervento concomitante ad altro principale): per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero
- 10094 – 10094 Pacchetto chirurgico (Tecnica Tradizionale) protesi totale anca (artroprotesi: anca totale - trattamento completo). rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- 10095 – 10095 Pacchetto chirurgico (Tecnica Tradizionale) revisione protesi totale anca (artroprotesi: revisione anca totale - trattamento completo) intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento. rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- 10099 – 10099 Pacchetto chirurgico (Tecnica Tradizionale) rimozione e riposizionamento protesi anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza

- 10109 – 10109 Pacchetto chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) protesi totale anca (artroprotesi: anca totale - trattamento completo). rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- 10110 – 10110 Pacchetto chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) revisione protesi totale anca (artroprotesi: revisione anca totale - trattamento completo) intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento. rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- 10111 – 10111 Pacchetto chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) rimozione e riposizionamento protesi anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- 48041 – 1257 Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per
- 48223 – 1258 Disarticolazione interscapolo toracica
- 54668 – 1259 Disarticolazioni, grandi
- 47910 – 1280 Osteomieliti (trattamento completo), intervento per
- 48629 – 1281 Osteosintesi vertebrale
- 47894 – 1285 Osteotomia complessa (bacino, vertebrale) compresa ablazione di osteofiti della colonna (a tratto)
- 54841 – 1296 Reimpianti di arto o suo segmento
- 54874 – 1300 Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale
- 54924 – 1313 Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg
- 57038 – 1319 Trapianto di midollo osseo (omnicomprensivo di servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
- 54999 – 1325 Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo)
- 48751 – 1339 Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)
- 53231 – 1363 Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
- 53280 – 1381 Nervo vestibolare, sezione del
- 53298 – 1382 Neurinoma dell'ottavo paio
- 53157 – 1392 Timpanoplastica con mastoidectomia
- 53249 – 1393 Timpanoplastica senza mastoidectomia
- 55376 – 1394 Timpanoplastica, secondo tempo di
- 53959 – 1450 Velofaringoplastica o avanzamento dell'osso ioide
- 54155 – 1460 Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica
- 54114 – 1463 Laringectomia parziale
- 58082 – 1507 Posizionamento di stent carotideo con sistema di protezione cerebrale per trattamento stenosi carotidee
- 58158 – 1515 TIPS (shunt porto-sovraepatico)
- 49460 – 1585 Trapianto di rene (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
- 58174 – 1589 Megauretere, intervento per rimodellaggio
- 49817 – 1625 Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)
- 49841 – 1626 Vescicoplastica antireflusso bilaterale
- 49833 – 1627 Vescicoplastica antireflusso unilaterale
- 55921 – 1650 Uretrectomia totale



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 2 – Accertamenti Diagnostici e Visite Specialistiche Pre Ricovero per grandi interventi chirurgici

La presente Garanzia opera esclusivamente nell’ambito di accertamenti diagnostici e visite specialistiche, eseguite ambulatorialmente, **propedeutiche a successivo/i Ricovero/i notturno per Grandi Interventi** chirurgici limitatamente a patologie oncologiche maligne (vedere elenco della Garanzia 1) ed esclusivamente se eseguiti nei 140 giorni precedenti il Ricovero notturno per predetto intervento. Le prestazioni suddette, rientranti nella presente Garanzia, possono essere riconosciute esclusivamente in "forma indiretta".

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche fruite nei 140 giorni precedenti il ricovero svolto in regime diurno o ambulatoriale pur se l’intervento risulti compreso nell’elenco alla di cui Garanzia 1;
- ✓ accertamenti e/o visite specialistiche fruite nei 140 giorni precedenti il ricovero ma non riferibili a questo (esempio: ricovero per protesi di anca – visita oculistica eseguita nei 140 giorni prima del ricovero. In tal caso la visita oculistica non è riferibile al ricovero e benché eseguita nell’arco temporale indicato, non sarà riconosciuta dal Fondo);
- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche fruite nei 140 giorni precedenti il ricovero per Grande Intervento chirurgico che, in fase consuntiva dovesse risultare non per patologia oncologica maligna pur se l’intervento risulti compreso nell’elenco alla di cui Garanzia 1.
- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche che, pur rispondendo ai requisiti riportati, non rientrano nell’area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen).

Per richiedere il rimborso degli accertamenti diagnostici, dovrà essere allegata, oltre alla documentazione di spesa dettagliata, prescrizione medica con diagnosi (medico specialista competente per diagnosi – diagnosi da non confondere con sintomatologia) e richiesta medica con descrizione dell’intervento da eseguire (gli accertamenti dovranno, quindi, essere pertinenti l’intervento) con specifica della data prevista per il Ricovero/intervento.

Per richiedere il rimborso delle visite specialistiche, dovrà essere allegata la fattura del medico specialista ove risulti inequivocabilmente il titolo di specializzazione (regolarmente registrata e rilevabile presso l’Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri) e la descrizione dell’intervento da eseguire (le visite dovranno, quindi, essere pertinenti l’intervento).

Si ricorda che, la fruizione della presente Garanzia, preclude l'eventuale riconoscimento di qualsiasi tipo di Indennità/Diaria prevista dal Piano Sanitario.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 1.100
Dettaglio	Sottomassimali/CONDIZIONI di rimborso previsti
Accertamenti diagnostici e visite specialistiche attinenti all'intervento (Grande Intervento Chirurgico per patologie oncologiche maligne)	Prestazioni devono essere fruite nei 140 giorni precedenti l'inizio di un ricovero per grande intervento chirurgico necessario per patologie oncologiche maligne (vedi elenco).

La garanzia non si applica nel caso in cui, all'atto del ricovero, non venga effettuato l'intervento chirurgico programmato.



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 3 – Accertamenti Diagnostici, Visite Specialistiche e Terapie Post Ricovero per grandi interventi chirurgici

La presente Garanzia opera esclusivamente nell’ambito di accertamenti diagnostici, visite specialistiche e terapie post ricovero, eseguite ambulatorialmente, successivamente ad un Ricovero notturno per Grandi Interventi chirurgici limitatamente a patologie oncologiche maligne (vedere elenco della Garanzia 1) ed esclusivamente se eseguiti nei 140 giorni successivi il Ricovero notturno per predetto intervento. Le prestazioni suddette, rientranti nella presente Garanzia, possono essere riconosciute esclusivamente in "forma indiretta".

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche fruiti nei 140 giorni successivi il ricovero svolto in regime diurno o ambulatoriale pur se l’intervento risulti compreso nell’elenco alla di cui Garanzia 1;
- ✓ accertamenti e/o visite specialistiche fruiti nei 140 giorni successivi il ricovero ma non riferibili a questo (esempio: ricovero per protesi di anca – visita oculistica eseguita nei 140 giorni dopo il ricovero. In tal caso la visita oculistica non è riferibile al ricovero e benché eseguita nell’arco temporale indicato, non sarà riconosciuta dal Fondo);
- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche fruiti nei 140 giorni successivi il ricovero per Grande Intervento chirurgico che, in fase consuntiva (esame della documentazione sanitaria) dovesse risultare non per patologia oncologica maligna pur se rientrante nell’elenco alla di cui Garanzia 1;
- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche che, pur rispondendo ai requisiti riportati, non rientrano nell’area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen).

Per richiedere il rimborso degli accertamenti diagnostici, dovrà essere allegata, oltre alla documentazione di spesa dettagliata, prescrizione medica con diagnosi certa o presunta (medico specialista competente per diagnosi – diagnosi da non confondere con sintomatologia) e la copia completa della cartella clinica relativa al Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico per patologia oncologica maligna. Per richiedere il rimborso delle visite specialistiche, dovrà essere allegata la fattura del medico specialista ove risulti inequivocabilmente il titolo di specializzazione (regolarmente registrata e rilevabile presso l’Ordine dei Medici) che dovrà risultare attinente all’intervento eseguito (Grande Intervento chirurgico per patologia oncologica maligna).

Si ricorda che, la fruizione della presente Garanzia, preclude l’eventuale riconoscimento di qualsiasi tipo di Indennità/Diaria prevista dal Piano Sanitario.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 1.300
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
Accertamenti diagnostici, visite specialistiche di controllo attinenti all'intervento (Grande Intervento Chirurgico per patologie oncologiche maligne) eseguito, terapie e trattamenti fisioterapici o riabilitativi ambulatoriali	Prestazioni devono essere fruite nei 140 giorni successive alla data di dimissione di un ricovero per grande intervento chirurgico necessario per patologie oncologiche maligne (vedi elenco) e comunque attinenti all'intervento eseguito.



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 4 – Diagnostica Ecografica

La presente Garanzia opera esclusivamente nell’ambito della diagnostica Ecografica eseguita ambulatorialmente, con qualsiasi tecnica, metodica ed apparecchiatura e, ove previsto dall’accertamento, è comprensiva di medicinali/farmaci, assistenza anestesilogica, studio arterioso e venoso (quindi non è riconosciuto il doppio addebito).

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ accertamenti ecografici in stato di Gravidanza e/o a questa riconducibili in quanto previste dalla Garanzia 8, sub garanzia 8.1;
- ✓ accertamenti ecografici eseguiti come esame propedeutico a Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico per patologie oncologiche maligne, pur se eseguiti nei 140 giorni precedenti il ricovero in quanto previsti dalla Garanzia 2;
- ✓ accertamenti ecografici eseguiti come esame di controllo post Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico per patologie oncologiche maligne, pur se eseguiti nei 140 giorni successivi il ricovero in quanto previsti dalla Garanzia 3;
- ✓ accertamenti ecografici, pur se ritenuti necessari, non rientranti nell’area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen) e non specificatamente dettagliato nell’elenco esposto a seguire.
- ✓ il mezzo di contrasto eventualmente utilizzato oltre l’accertamento base in quanto, nella presente Garanzia, considerato compreso nell’esame stesso.

Per richiedere il rimborso degli accertamenti ecografici è necessario allegare, oltre alla documentazione di spesa, prescrizione medica con diagnosi certa o presunta (medico specialista competente per diagnosi – diagnosi da non confondere con sintomatologia) per il quale si sono resi necessari gli accertamenti, copia del referto dell’esame/i eseguito/i.

La presente Garanzia è attiva sia in forma indiretta, sia in forma diretta presso Strutture Sanitarie convenzionate e rientranti nel Network riconosciuto dal Fondo. Per le prestazioni fruiti in forma diretta, in caso di esami (rientranti nella presente Garanzia) eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotti/addebitati al 50% (applicato comunque sul/sugli esame/i meno oneroso/i).

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 180
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA (Vedere elenco)	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 40% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 40%

Si precisa che:

- ✓ per addome superiore si intende: fegato, pancreas, milza, vasi addominali;
- ✓ per addome inferiore-pelvi si intende: reni, vescica, prostata e vescicole seminali (per uomo); utero, annessi, vescica (per donna);
- ✓ per le ecografie linfonodali, viene riconosciuto 1 esame per distretto linfonodale indipendentemente se trattasi di esame monolaterale o bilaterale;
- ✓ per gli esami ultrasonografici (doppler, ecodoppler, ecocolordoppler) bilaterali su arti superiori eseguiti nella medesima seduta/accesso degli esami bilaterali su arti inferiori, corrispondono ad un unico esame su quattro arti.

Elenco accertamenti ecografici

78246 – 2437 Addominale superiore (esame completo)
 78238 – 2436 Addominale inferiore-pelvi (esame completo)
 78253 – 2438 Addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo)
 78519 – 2440 Ecocardiogramma doppler o colordoppler transesofageo
 73742 – 2441 Ecocardiogramma M Mode 2D
 76859 – 2443 Ecocardiogramma M MODE 2D doppler e colordoppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)
 78501 – 2444 Ecocardiogramma M Mode 2D e doppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)
 65470 – 2445 Ecografia endobronchiale
 73551 – 2448 Fegato e vie biliari - Ghiandole salivari bilaterali - Grossi vasi - Intestinale - Linfonodi mono/bilaterali - Mammaria monolaterale o bilaterale - Mediastinica o emitoracica - Milza - Muscolare, tendinea o articolare - Oculare e Orbitaria- Pancreatica - Parti molli - Pelvica (utero, annessi e vescica) - Peniena - Prostatica e vescicale, sovrappubica - Renale e surrenale bilaterale - Testicolare (bilaterale) - Tiroidea e paratiroidea - Vescicale (compreso eventuale uso del mezzo di contrasto)
 73809 – 2449 Prostatica e vescicale o anale e rettale, transrettale
 78428 – 2450 Renale, surrenale bilaterale e vescica
 78436 – 2451 Scrotale ed inguinale per ricerca testicolo ritenuto
 78469 – 2452 Transesofagea per gastroenterologia
 78477 – 2454 Transvaginale con eventuale colordoppler
 78485 – 2455 Vescicale perminzionale o intracavitaria transuretrale
 73593 – 2737 Arti superiori o inferiori (bilaterale): Doppler
 73874 – 2738 Arti superiori o inferiori (bilaterale): EcoDoppler
 79574 – 2739 Arti superiori o inferiori (bilaterale): EcocolorDoppler
 79582 – 2740 Arti superiori e inferiori (quattro arti): Doppler
 79590 – 2741 Arti superiori e inferiori (quattro arti): EcoDoppler
 79608 – 2742 Arti superiori e inferiori (quattro arti): EcocolorDoppler
 76665 – 2743 EcocolorDoppler di qualsiasi altro distretto o segmento vascolare arterioso-venoso non descritto
 79616 – 2744 Penieno o testicolare: Doppler
 79624 – 2745 Penieno o testicolare: EcoDoppler
 79632 – 2746 Penieno o testicolare: EcocolorDoppler
 79640 – 2747 Transcranico completo: EcoDoppler
 79657 – 2748 Transcranico completo: EcocolorDoppler
 79665 – 2749 Transcranico completo con analisi spettrale
 79673 – 2750 Tronchi sovraortici: Doppler
 79681 – 2751 Tronchi sovraortici: EcoDoppler
 79699 – 2752 Tronchi sovraortici: EcocolorDoppler
 79707 – 2753 Viscerale: Doppler
 79715 – 2754 Viscerale: EcoDoppler
 79723 – 2755 Viscerale: EcocolorDoppler

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 5 – Diagnostica e Terapie di alta specializzazione

La presente Garanzia opera esclusivamente nell’ambito della diagnostica di alta specializzazione eseguita ambulatorialmente, con qualsiasi tecnica, metodica ed apparecchiatura e, ove previsto dall’accertamento, è comprensiva di medicinali/farmaci, assistenza anestesiológica, studio arterioso e venoso (quindi non è riconosciuto il doppio addebito).

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ accertamenti diagnostici di alta specializzazione eseguiti come esami propedeutici a Ricovero notturno per Grande Intervento per patologie oncologiche maligne, pur se eseguiti nei 140 giorni precedenti il ricovero in quanto previsti dalla Garanzia 2;
- ✓ accertamenti diagnostici di alta specializzazione eseguiti come esami di controllo post Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico per patologie oncologiche maligne, pur se eseguiti nei 140 giorni successivi il ricovero in quanto previsti dalla Garanzia 3,
- ✓ accertamenti diagnostici di alta specializzazione, pur se ritenuti necessari, non rientranti nell’area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen) e/o non rientranti nella presente Garanzia.

Per richiedere il rimborso di quanto rientrante nella presente Garanzia è necessario allegare, oltre alla documentazione di spesa (procedura online), prescrizione medica con diagnosi certa o presunta (medico specialista competente per diagnosi – diagnosi da non confondere con sintomatologia) per il quale si sono resi necessari gli accertamenti, copia del referto dell’esame/i eseguito/i.

La presente Garanzia è attiva sia in forma indiretta, sia in forma diretta presso Strutture Sanitarie convenzionate e rientranti nel Network riconosciuto dal Fondo. Per le prestazioni fruite in forma diretta, in caso di esami (rientranti nella presente Garanzia) eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotti/addebitati al 50% (applicato comunque sul/sugli esame/i meno oneroso/i).

Si specifica che, il “mezzo di contrasto” è da considerarsi come “singola prestazione” (comunque non riconosciuta in assenza dell’esame principale) e pertanto, le condizioni di rimborso sotto riportate saranno applicate anche alla predetta voce/addebito (ovvero, viene calcolato il minimo non indennizzabile anche alla voce/prestazione “mezzo di contrasto”).

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 10.000
MINIMO NON INDENNIZZABILE PER CIASCUNA VOCE/PRESTAZIONE	€ 60
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 70% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 70%
TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA	
MEDICINA NUCLEARE (SCINTIGRAFIA)	
ANGIOGRAFIA (ANCHE CON CONTRASTO)	
TOMOGRAFIA (STRATIGRAFIA) DI ORGANI O APPARATI	
RADIOLOGIA TRADIZIONALE (SOLO CON CONTRASTO)	
CHIEMIOTERAPIA AMBULATORIALE	
RADIOTERAPIA AMBULATORIALE	
DIAGNOSTICA NEUROLOGICA (EEG E/O EMG)	
QUALSIASI ESAME CONTRASTOGRAFICO IN RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	

Per gli accertamenti di “Radiologia Tradizionale”, sono riconosciuti all’interno della presente Garanzia unicamente quelli eseguiti con il mezzo di contrasto. Si precisa che, in tal caso, il mezzo di contrasto è parte integrante dell’esame stesso senza il quale non è possibile eseguire l’accertamento. Solo ed esclusivamente nel caso degli esami di seguito elencati, il mezzo di contrasto è quantificato all’interno del costo dell’esame.

Elenco prestazioni di Radiologia Tradizionale con contrasto

75341 – 2468 Artrografia
78576 – 2469 Artrografia articolazione temporo-mandibolare monolaterale
78584 – 2470 Artrografia articolazione temporo-mandibolare bilaterale (comparativa)
75390 – 2472 Broncografia, monolaterale o bilaterale
78592 – 2473 Cavernosografia
78600 – 2474 Cavernosografia con manometria
74567 – 2475 Cistografia
78618 – 2476 Cistografia con doppio contrasto
74559 – 2477 Cistouretrografia minzionale
74294 – 2479 Clisma opaco con doppio contrasto
78642 – 2480 Colangiografia attraverso tubo di Kehr o post operatoria
74401 – 2481 Colangiografia endovenosa (con eventuali prove farmacologiche)
74435 – 2482 Colangiografia intra operatoria
74419 – 2483 Colangiografia percutanea
78634 – 2484 Colangiografia retrograda
74443 – 2485 Colangiopancreatografia diagnostica (ERCP Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography)
74385 – 2486 Colecistografia per os con o senza prova di Bronner
74898 – 2487 Colonna vertebrale cervicale, dorsale, lombosacrale, sacrococcigea (per tratto)
74914 – 2488 Colonna vertebrale completa
78659 – 2489 Colonna vertebrale completa più bacino sotto carico
78667 – 2490 Colonna vertebrale, esame morfometrico (per tratto)
78691 – 2494 Dacriocistografia
78709 – 2495 Defecografia
74237 – 2502 Esofago con contrasto opaco
78725 – 2503 Esofago con doppio contrasto
74302 – 2506 Faringografia opaca

75325 – 2507 Fistolografia
78758 – 2509 Galattografia
74625 – 2512 Isterosalpingografia (compreso esame diretto) - compresa prestazione del radiologo/ginecologo
74104 – 2514 Laringografia opaca
75234 – 2518 Mielografia cervicale o dorsale
78816 – 2523 Pielografia retrograda monolaterale
78824 – 2524 Pielografia retrograda bilaterale
78832 – 2525 Pielouretrografia percutanea
78865 – 2528 Radicolografia
74328 – 2536 Scialografia
78923 – 2541 Stomaco con doppio contrasto
74245 – 2542 Stomaco, duodeno
78931 – 2543 Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., monolaterale
78949 – 2544 Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., bilaterale
78956 – 2545 Stratigrafia a riposo della laringe e con fonazione
78964 – 2546 Stratigrafia del mediastino
78972 – 2547 Stratigrafia del torace, monolaterale
78980 – 2548 Stratigrafia del torace, bilaterale
74153 – 2549 Stratigrafia di qualsiasi distretto o segmento anatomico, salvo i casi descritti
65023 – 2550 Studio dei tempi di transito intestinale
78998 – 2551 Studio selettivo ultima ansa
79004 – 2552 Telecuore con esofago baritato
79012 – 2554 Tenue a doppio contrasto con studio selettivo
74260 – 2555 Tenue, esame seriato
74336 – 2561 Tubo digerente: prime vie (esofago, stomaco, duodeno)
74252 – 2562 Tubo digerente: seconde vie (tenue, colon)
74278 – 2563 Tubo digerente: completo (stomaco, duodeno, colon, esofago)
74542 – 2564 Uretrocistografia ascendente e minzionale
74534 – 2565 Urografia (esame completo)
79087 – 2567 Vescicolo deferentografia



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 6 – Visite specialistiche ambulatoriali

Sono rimborsabili esclusivamente le visite specialistiche a scopo diagnostico con l'esclusione di quelle che si sono rese necessarie per la risoluzione dell'evento patologico (visite di controllo e/o visite successive).

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ le visite specialistiche eseguite nei 140 giorni precedenti e/o successivi ad un Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico per patologie oncologiche maligne e riconducibili al ricovero/intervento stesso in quanto previste dalla Garanzia 2 e 3;
- ✓ le visite mediche non effettuate da professionista con regolare specializzazione registrata e rilevabile presso l'Ordine dei Medici;
- ✓ le visite specialistiche rientranti nelle “Esclusioni” del Nomenclatore Base /o quanto riconducibili a queste e/o quanto riconducibile a prestazioni non rientranti nell'area di intervento del Fondo.

Si ricorda che, dalla documentazione di spesa trasmessa dovrà risultare inequivocabilmente il titolo accademico di specializzazione. Si ricorda inoltre che, la prestazione eseguita non dovrà essere riconducibile ad altra Garanzia del presente Piano Sanitario.

La presente Garanzia è attiva sia in forma indiretta sia in forma diretta.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 650
MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO (singola visita specialistica)	FORMA DIRETTA: € 100 FORMA INDIRETTA: € 80
MINIMO NON INDENNIZZABILE	€ 60 in forma indiretta
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
Visite specialistiche ambulatoriali (fruite al di fuori dei 140 giorni pre o post ricovero per Grande Intervento per patologie oncologiche maligne)	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 70%

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 7 – Ticket per prestazioni sanitarie fruite presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate

La presente Garanzia opera nell’ambito di Ticket Sanitari per Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche e Terapie. Si precisa che sono rimborsabili, nei limiti di quanto esposto nelle condizioni, tutti i Ticket sanitari riferibili esclusivamente a prestazioni ricomprese nel Piano Sanitario e quindi, con l’esclusione di quelli riferibili a prestazioni non comprese nello stesso pur se riferibili ad accertamenti diagnostici, visite specialistiche, terapie e/o altre prestazioni rientranti nell’area di intervento del Fondo. Altresì si ricorda che, il Ticket deve sempre riportare il dettaglio delle prestazioni eseguite e che, in considerazione delle diverse leggi Regionali, in caso di contemporaneo pagamento del Ticket e di prestazioni private (non riconosciute dal S.S.R), presenti sulla stessa ricevuta sanitaria, è necessario far indicare dalla Struttura Sanitaria quale importo è riferito al solo Ticket e/o quale importo è relativo a prestazioni fruite in regime privatistico. A tal proposito si precisa che, nell’ambito delle analisi di laboratorio, non è previsto alcun rimborso aggiuntivo per il prelievo in quanto lo stesso è ricompreso nelle prestazioni stesse (non può essere, quindi, considerato come prestazione privatistica e/o liquidabile oltre quanto previsto dal massimale per prescrizione). Nel caso di “prelievo domiciliare”, come quota aggiuntiva alla prestazione stessa, rientrerà esclusivamente nel massimale previsto dalla Garanzia se, esplicitamente riportata nella prescrizione medica (la richiesta dovrà comunque essere coerente con la patologia indicata in prescrizione e con il quadro clinico critico che ha reso necessario il prelievo presso il proprio domicilio). Per richiedere il rimborso è necessario allegare la documentazione di spesa da cui risulti inequivocabilmente l’applicazione del ticket (eventuali quote privatistiche), il dettaglio delle prestazioni e la prescrizione medica con diagnosi certa o presunta. La presente Garanzia è operativa sia in “forma indiretta” sia in “forma diretta”. Sono esclusi, dalla presente Garanzia, tutte le prestazioni private, tutte le prestazioni previste dalle “Esclusioni” (del Nomenclatore Base) e/o a queste riconducibili oltre alle cure termali, i medicinali e le prestazioni odontoiatriche e, quant’altro esposto nel Nomenclatore Base come non rientrante nell’area di intervento del Fondo. Si rammenta ancora una volta che il FasiOpen non rimborsa quote aggiuntive (introdotte dalla legge del 15/07/2011 n.11 e/o Quota Fissa Finanziaria 2011 e/o altre eventuali quote aggiuntive, oltre al Ticket).

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 500
MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO (singola prescrizione)	€ 36,15
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
TICKET PER PRESTAZIONI SANITARIE	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 100%

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 8 – Pacchetto maternità

La Garanzia si suddivide in 2 sub-garanzie.

Sub-Garanzia 8.1 – Pacchetto Maternità ACCERTAMENTI

La Sub-Garanzia è operativa sia in “forma indiretta” sia in “forma diretta” presso Strutture Sanitarie rientranti nel network riconosciuto dal FasiOpen.

La presente sub-garanzia si compone di tre diverse tipologie di accertamenti, analisi cliniche di laboratorio, diagnostica prenatale non invasiva, ecografie in gravidanza e l’effettuazione dell’una esclude il rimborso delle altre due.

In caso di positività del Bi-Test o Tri-Test (qualora opzionato in alternativa ad analisi o ecografie) può essere richiesto il rimborso anche per l’amniocentesi o villocentesi. Si precisa che le eventuali analisi cliniche di laboratorio riconosciute dalla presente Sub-Garanzia:

- ✓ sono esclusivamente quelle riferibili/riconducibili allo stato di gravidanza;
- ✓ sono esclusivamente quelli rientranti nell’area di intervento del Fondo (sempre riferibili/riconducibili allo stato di gravidanza);
- ✓ non prevedono i test di diagnosi prenatale (PrenatalSafe, Harmony, NIPT e simili a questi);
- ✓ sono riconosciute, nei limiti previsti dalla Sub-Garanzia, solo ed esclusivamente se non rimborsate “ecografie in Gravidanza” siano quest’ultime fruite privatamente e/o tramite pagamento del Ticket;
- ✓ inibiscono il riconoscimento dell’Indennità/Diaria per Ricovero per Parto (indipendentemente se fruite tramite Ticket o privatamente);

La Diagnostica Prenatale non invasiva rientrante nella presente Garanzia comprende esclusivamente gli accertamenti indicati e sono riconosciuti esclusivamente in alternativa alle analisi cliniche (e quindi alle ecografie in gravidanza). Qualora l’accertamento dovesse rilevare la necessità di ulteriori indagini potrà essere riconosciuto (dietro presentazione del referto relativo al Bi-Test o Tri- Test) il rimborso relativo all’Amniocentesi oppure alla Villocentesi. Le eventuali ecografie in gravidanza riconosciute dalla presente Sub-Garanzia:

- ✓ sono esclusivamente quelle riferibili/riconducibili allo stato di gravidanza;
- ✓ sono esclusivamente quelle rientranti nell’area di intervento del Fondo (sempre riferibili/riconducibili allo stato di gravidanza);
- ✓ non sono previste nella Garanzia 4 “Diagnostica Ecografica” (e viceversa);

- ✓ sono riconosciute, nei limiti previsti dalla Sub-Garanzia, solo ed esclusivamente se non rimborsate “analisi cliniche di laboratorio” siano quest’ultime fruitate privatamente e/o tramite pagamento del Ticket;
- ✓ inibiscono il riconoscimento dell’Indennità/Diaria per Ricovero per Parto (indipendentemente se fruitate tramite Ticket o privatamente).

Per fruire dei Rimborsi è sempre indispensabile allegare, oltre alla documentazione di spesa, la prescrizione medica degli accertamenti che evidenzia nella diagnosi lo stato di gravidanza “aggiornato” (ovvero non è possibile, nel caso di prestazioni svolte in regime privato, presentare al rimborso prescrizioni mediche già inoltrate al Fondo pur se non risultino variazioni sugli accertamenti stessi). Qualora in alternativa alle analisi cliniche di laboratorio venga effettuato un accertamento di diagnostica prenatale non invasiva, oltre alla documentazione di spesa, dovrà essere inoltrata la prescrizione medica ed il referto dell’accertamento eseguito. Nel solo caso in cui, da tale esame risulti fondato motivo di ulteriore accertamento, potrà essere riconosciuto il rimborso dell’Amniocentesi oppure della Villocentesi sempre dietro presentazione della documentazione di spesa, referto del Bi-Test/Tri-Test, prescrizione medica per l’Amniocentesi o Villocentesi. Si precisa che, Amniocentesi o Villocentesi potranno essere riconosciuti solo ed esclusivamente se precedentemente richiesto al FasiOpen (quindi liquidato) il rimborso del Bi-Test o Tri-Test (no Ticket) con referto positivo.

Non rientrano nella presente Garanzia/Sub-Garanzia, qualsiasi esami/accertamenti/prestazioni al di fuori di quanto espressamente riportato e non rientra quanto esplicitamente esposto nelle “Esclusioni” (del Nomenclatore Base), quanto riportato nel paragrafo “Prestazioni non previste da FasiOpen” e/o quanto non rientrante nell’area di intervento del Fondo.

Accertamento	Descrizione	Massimali di rimborso previsti
ANALISI CLINICHE DI LABORATORIO	MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA	€ 100
	MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	€ 100
	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 80%	
In alternativa alle analisi cliniche		
DIAGNOSTICA PRENATALE NON INVASIVA (BI-TEST OPPURE TRI-TEST)	MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA	€ 120
	MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	€ 120
In caso di positività del Bi-Test o Tri-Test		
AMNIOCENTESI OPPURE VILLOCENTESI (BIOPSIA DEI VILLI CORIALI)	MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA	€ 120
	MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	€ 120
In alternativa alle analisi cliniche (quindi in alternativa alla Diagnostica Prenatale non invasiva)		
ECOGRAFIE IN GRAVIDANZA	MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA	Massimo 4 Ecografie in Gravidanza
	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso € 65 per singola Ecografia in Gravidanza	

Sub-Garanzia 8.2 – Pacchetto Maternità RICOVERO PER PARTO

La Sub-Garanzia prevede il riconoscimento nella sola forma indiretta, nel caso di Ricovero per Parto effettuato tramite S.S.N, di una Indennità/Diaria per notte. Si ricorda che tale indennità/Diaria viene riconosciuta esclusivamente per il soggetto a cure, ovvero solo ed esclusivamente alla partoriente fermo restando la sussistenza della regolarità della posizione amministrativa della stessa all'atto del ricovero per parto. Non è dunque riconosciuta alcuna indennità per un eventuale familiare accompagnatore e/o figlio minore (questi ultimi pur se regolarmente iscritti).

L'Indennità/Diaria per Ricovero per Parto è riconosciuta, nei limiti esposti dalla presente Sub-Garanzia, dietro esplicita richiesta dell'assistita/partoriente, solo ed esclusivamente se non è stato richiesto a FasiOpen alcun rimborso per "Accertamenti in Gravidanza" siano essi fruiti tramite Ticket o privatamente (indipendentemente se in forma indiretta o forma diretta).

Per richiedere il riconoscimento dell'Indennità/Diaria è necessario inoltrare la richiesta accompagnata dalla copia completa, leggibile, della cartella clinica del Ricovero per Parto entro e non oltre i 3 mesi dalla data di dimissione del predetto Ricovero. La Sub-Garanzia prevede, sia in forma indiretta sia in forma diretta, il riconoscimento di un supporto psicologico nell'immediato post parto, se effettuate e fatturate (entro i 150 giorni successivi al parto) da medico specializzato in psichiatria o psicologia clinica o se effettuate da psicologi o psicoterapeuta regolarmente iscritto all'ordine. Le terapie devono essere svolte presso un centro clinico specializzato.

Per richiedere il rimborso, entro i limiti massimi previsti dalla Garanzia stessa, oltre alla documentazione di spesa da cui risulti inequivocabilmente il titolo accademico del professionista ed il numero di iscrizione all'ordine, la copia della cartella clinica relativa al ricovero per parto e la specifica delle date relative alle singole sedute. Anche in questo caso, si ricorda che il limite temporale per le predette Visite/Sedute (150 giorni post parto) decorre dalla data di dimissione dal ricovero.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA PER ASSISTITA	€ 1.040
MASSIMO RIMBORSO INDENNITÀ PER NOTTE (solo forma indiretta)	€ 80
MASSIMO RIMBORSO PER SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO PER GRAVIDANZA	€ 240
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
INDENNITÀ PER RICOVERO PER PARTO (solo forma indiretta)	FORMA INDIRETTA: Massimo 10 notti per Ricovero per Parto tramite S.S.N
SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO	FORMA DIRETTA: € 60 per Visita/Seduta per massimo 4 Visite/Sedute nei 150 giorni post-parto
	FORMA INDIRETTA: € 60 per Visita/Seduta per massimo 4 Visite/Sedute nei 150 giorni post-parto

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 9 – Pacchetti Prevenzione

La presente Garanzia opera sia in “forma indiretta” sia in “forma diretta”. È riconosciuto un pacchetto di prevenzione l'anno (arco temporale 1 gennaio – 31 dicembre) a a scelta ed il medesimo pacchetto non è ripetibile prima di due anni, ad eccezione dei “Pacchetti Prevenzione Oncologici Uomo/Donna” che è invece ripetibile 1 volta l'anno fino all'età di 65 anni compiuti oltre i quali rientrerà nella cadenza ordinaria di 2 anni.

Gli accertamenti previsti da ogni singolo Pacchetto dovranno essere eseguiti in una unica soluzione (indipendentemente se fruiti in forma indiretta o diretta). Ogni Pacchetto è fruibile solo se l'assistito rientra in specifiche fasce di età/sexo (riportate nello schema a seguire) previste dal Pacchetto stesso.

Per richiedere il rimborso di un Pacchetto Prevenzione, in forma indiretta, è necessario inoltrare la documentazione di spesa da cui siano inequivocabilmente rilevabili, come eseguiti in una unica soluzione, tutti gli accertamenti previsti dal Pacchetto stesso. Diversamente, nella “forma diretta”, sarà a cura della Struttura trasmettere al Fondo la documentazione necessaria al rimborso.

Il FasiOpen si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti degli accertamenti previsti dai singoli Pacchetti Prevenzione, nel caso in cui ne ravvisasse la necessità per la definizione della pratica.

Accertamenti Diagnostici diversi da quelli indicati nella presente Garanzia, rilevabili dai giustificativi di spesa, non concorreranno alla valorizzazione delle singole prevenzioni (ovvero, non possono considerarsi sostitutivi di quelli previsti dal Pacchetto indipendentemente dalla spesa sostenuta), bensì, se rientranti in altre Garanzie, saranno eventualmente riconosciute nei limiti delle condizioni previste da quest'ultime.

Codice	Descrizione	Prestazioni Previste	Massimali di rimborso previsti	Sesso	Fascia di Età
06142 - 6142	CARDIOVASCOLARE DONNA	- Emocromocitometrico e Morfologico - Velocità di sedimentazione delle emazie (VES) - Glicemia - Azotemia - Creatininemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) e Glutammico Piruvica (GPT) - Urine, esame chimico e microscopico completo - E.C.G	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 90	DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni

06140 - 6140	ONCOLOGICA DONNA	- Emocromocitometrico e Morfologico - Velocità di sedimentazione delle emazie (VES) - Glicemia - Azotemia - Creatininemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) e Glutammico Piruvica (GPT) - Urine, esame chimico e microscopico completo - Citologico per Diagnostica Tumorale (PAP Test) o citologico endocervicale – più striscio batteriologico - Mammografia Bilaterale	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 200	DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni (fino a 65 compiuti ripetibile 1 volta l'anno, successivamente ripetibile 1 volta ogni 2 anni).
06141 - 6141	CARDIOVASCOLARE UOMO	- Emocromocitometrico e Morfologico - Velocità di sedimentazione delle emazie (VES) - Glicemia - Azotemia - Creatininemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) e Glutammico Piruvica (GPT) - Urine, esame chimico e microscopico completo - E.C.G	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 90	UOMO	Età Uguale o maggiore di 40 anni
06139 - 6139	ONCOLOGICA UOMO	- Emocromocitometrico e Morfologico - Velocità di sedimentazione delle emazie (VES) - Glicemia - Azotemia - Creatininemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) e Glutammico Piruvica (GPT) - Urine, esame chimico e microscopico completo - Antigene Prostatico Specifico (PSA) - Ecografia Prostatica e Vescicale Sovrapubica	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 150	UOMO	Età Uguale o maggiore di 40 anni (fino a 65 compiuti ripetibile 1 volta l'anno, successivamente ripetibile 1 volta ogni 2 anni).
67033 - 6253	OCULISTICA	- O.C.T. – Tomografia a coerenza ottica - Pachimetria Corneale - Campimetria Computerizzata (VCP) - Consegna del Referto da parte dell'Oculista	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 120	UOMO/ DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni
67047 - 6273	CANCRO DELLA TIROIDE	TSH (Ormone Tireotropo) Ecografia Tiroidea	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 50	UOMO/ DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni

08009 - 8009	MELANOMA	- Visita Dermatologica - Mappatura Nevica - Epiluminescenza - Consegna immagini/foto esame	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 70	UOMO/ DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni
30209 - 6291	SINDROME DISMETABOLICA	- Glicemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Trigliceridi - Microalbuminuria - Uricemia	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 30	UOMO/ DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 10 – Odontoiatria

La Garanzia è operativa sia in “forma diretta” sia in “forma indiretta”, esclusivamente se le prestazioni sono eseguite da un medico odontoiatra laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria oppure da un medico chirurgo laureato in medicina e chirurgia prima di gennaio 1980, quelli rientranti nel D.Lgs. 386/1998 e quelli che risultano aver conseguito la specializzazione in uno dei campi odontoiatrici riconosciuti nel D.M. del 18 settembre 2000; in tutti i casi, il titolo e la relativa specializzazione deve regolarmente essere registrata e rilevabile presso l’Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Sono pertanto esclusi i Rimborsi di Ticket riferibili a prestazioni odontoiatriche.

Si specifica che, le prestazioni odontoiatriche, sono soggette a limiti temporali di rimborsabilità e, per le prestazioni implantologiche, protesiche (protesi fisse definitive relative ad impianti osteointegrati), è previsto l’obbligo di presentazione di documentazione pre e post cure oltre che di un piano di cure preventivo (tramite modulo dedicato alla forma indiretta). Non è necessario attendere l’esito del piano di cure preventivo per iniziare i trattamenti di cui si necessita; la verifica da parte del Fondo è di natura prettamente amministrativa e non vuole, in alcun modo, entrare nel merito della scelta terapeutica seguita dal proprio medico odontoiatra e/o della Struttura Sanitaria.

L’esito del piano di cure, è atto ad evidenziare eventuali incompatibilità medico-amministrative tra i codici prestazioni identificati, con particolare riguardo a quanto indicato nella Garanzia, limiti temporali/ di età/ quantità e obblighi per le singole prestazioni.

Si precisa che il limite temporale di rimborsabilità indica, l’intervallo di tempo necessario affinché una prestazione possa essere nuovamente riconosciuta dal Fondo su un determinato elemento dentario/sedi dentarie o arcate/emiarcate (ove previsto).

A maggior chiarimento, si evidenzia che le prestazioni odontoiatriche vengono imputate sui singoli elementi dentari/sedi dentarie o arcate/emiarcate (ove previsto), sulla base della data fattura di saldo delle prestazioni stesse. A titolo di esempio, se una otturazione è rimborsabile una volta ogni 3 anni su un determinato elemento dentario e viene, ad esempio, rimborsata con fattura datata 03/03/2025, questa non sarà nuovamente riconosciuta sul medesimo elemento/sede dentaria prima del 04/03/2028.

La valutazione dei limiti temporali e/o delle compatibilità delle voci/prestazioni avviene in funzione della contestualità della richiesta di prestazioni, di quelle già liquidate al momento dell’esame della richiesta e non può tenere conto delle prestazioni presenti nelle richieste in via di definizione e/o di quelle ancora non risultanti presso il Fondo.

Per l’inoltro della richiesta di rimborso in forma indiretta è possibile scaricare, dall’area riservata personale, il Modello unificato che dovrà essere compilato in tutte le sue parti ed inoltrato come richiesta di rimborso per prestazioni che non necessitano del Piano di Cure. Diversamente lo stesso modulo consente la richiesta del Piano di Cure preventivo per il quale il Fondo, dopo verifica,

restituirà telematicamente l'esito con il relativo modulo da compilare per l'inoltro della richiesta di rimborso.

La richiesta di rimborso per prestazioni odontoiatriche deve essere inoltrata (correttamente compilata) a FasiOpen insieme alla fattura di saldo entro e non oltre 3 mesi dalla data della fattura di saldo stesso.

Si invita pertanto gli assistiti nel porre attenzione alle tempistiche di inoltro del Piano di cure (ove necessario), poiché, l'inoltro dello stesso non rappresenta una deroga ai termini massimi di presentazione della richiesta di rimborso. Nel ricordare che, la documentazione di spesa deve sempre essere intestata all'assistito al quale sono state eseguite le cure (nel caso di assistiti minorenni, anche se la fattura viene intestata al titolare dell'iscrizione, il nome del minore soggetto a cure deve comunque essere chiaramente riportato nella fattura stessa, dovendo essere sempre identificabile il soggetto principale come da normativa fiscale) e che non è possibile presentare un giustificativo di spesa relativo a prestazioni fruiti da più familiari/assistiti, si sottolinea che le fatture di acconto non sono rimborsabili. In particolare, si rammenta di prendere visione di quanto specificato nel Nomenclatore Base soprattutto in relazione alla distinzione tra Fatture di acconto, Fatture di saldo parziale e fatture di saldo.

Per le prestazioni odontoiatriche fruiti in "forma diretta" il FasiOpen riconosce (ove ricorrano i presupposti) direttamente alla Struttura Sanitaria convenzionata, il massimo previsto come compartecipazione alla spesa. Per le prestazioni odontoiatriche fruiti in forma diretta, tutte le procedure amministrative per l'inoltro della/e richiesta/e di rimborso sono in carico alla Struttura stessa.

Impianti e relative corone

La garanzia si intende omnicomprensiva di chirurgia implantare, vite osteointegrata, mesostruttura di ricostruzione su impianto e relativa riabilitazione definitiva con corona protesica (indipendentemente dal materiale utilizzato dal laboratorio odontotecnico per la realizzazione del manufatto protesico), sempre nel rispetto dei limiti annui previsti.

Si precisa che la vite osteointegrata è rimborsabile una sola volta nella vita ed è rimborsabile un solo impianto osteointegrato per sede dentaria, mentre la relativa corona protesica definitiva (posizionata su un impianto liquidato dal Fondo) è rimborsabile una volta ogni 5 anni sempre nei limiti previsti per la prestazione all'interno dello scaglionamento del massimale. La richiesta della corona protesica definitiva non può essere effettuata separatamente dal relativo pilastro implantare, a meno che non si tratti di sostituzione (allo scadere dei limiti temporali) della protesi precedentemente rimborsata dal Fondo.

Non sono rimborsabili prestazioni protesiche al di fuori di quelle previste e dalla modalità prevista dalla garanzia e comunque prestazioni protesiche in sedi riabilite con impianti preesistenti e/o non rimborsate dal FasiOpen. Non è altresì prevista la compartecipazione economica del Fondo per le corone protesiche provvisorie su impianti osteointegrati sebbene quest'ultimi oggetto della presente garanzia; mini impianti ortodontici; prestazioni impianto-protesiche eseguite in sostituzione di elementi soprannumerari o per la riabilitazione di diastemi o comunque di maggiori spazi esistenti tra le sedi dentarie; la mesostruttura di ricostruzione su impianti e la chirurgia implantare al di fuori delle voci omnicomprensive, ovvero, non è previsto il rimborso di tali prestazioni come voci a se stanti.

Trattamento Ortodontico

Le terapie ortodontiche, indipendentemente dalla tipologia di trattamento, sono rimborsabili per massimo 3 anni, anche non consecutivi, indipendentemente dal numero delle arcate e comunque entro l'anno (1° gennaio-31 dicembre) nel quale si compiono i 18 anni di età.

Si ricorda che, non è possibile presentare una richiesta di rimborso per trattamento ortodontico con documentazione di spesa che si riferisce a più anni di trattamento. Il submassimale previsto per il trattamento ortodontico, all'interno del massimale annuo previsto dalla Garanzia, si intende indipendentemente dal numero delle arcate per anno. Eventuali submassimali annui non fruiti e/o residui di submassimali annui non fruiti non si cumulano con quelli degli anni successivi (se rimanenti).

Si precisa che, nell'ambito del trattamento ortodontico e quindi, nell'ambito dei 3 anni massimi (entro i 18 anni), la terapia di mantenimento per contenzione (sia essa fissa che mobile) è rimborsabile solo ed esclusivamente 1 volta (secondo il massimale annuo) indipendentemente dal numero di arcate sottoposte a trattamento. Si prega pertanto, di porre attenzione all'inoltro delle richieste di rimborso prestazioni poiché, la contenzione ortodontica viene eseguita al termine della terapia e pertanto, il suo riconoscimento da parte del Fondo inibisce la possibilità del successivo riconoscimento del trattamento ortodontico (qualsiasi tipologia indipendentemente dall'arcata) pur se non si è fruito di tutti gli anni di rimborso massimi previsti.

Documentazione obbligatoria da presentare per accedere al rimborso

Gli "obblighi", indicano quali esami diagnostici e/o certificazioni devono essere necessariamente prodotti al Fondo e senza i quali le prestazioni potrebbero non essere riconosciute come rimborsabili dal FasiOpen. In associazione al Piano di Cure e alla documentazione di spesa è necessario allegare:

- ✓ Documentazione radiografica pre cure (ortopantomica – rx endorale – bite wings – dentascan o tomografia a fascio conico), ovvero eseguita, come previsto dai protocolli medico-odontoiatrici, prima del posizionamento della fixture (relativamente alle prestazioni di "impianti e corone") e prima dell'estrazione dell'elemento dentario naturale (relativamente alle prestazioni di "Estrazione in inclusione ossea di elemento dentario", "Estrazione di terzo molare in disodontiasi" e "Germectomia"). Come documentazione pre cure non vengono considerate valide: fotografie intraorali; diapositive; documentazione radiografica antecedente l'anno di attivazione della copertura.
- ✓ Documentazione radiografica post cure (ortopantomica – rx endorale – bite wings – dentascan o tomografia a fascio conico) ovvero, documentazione radiografica che mostri l'impianto osteointegrato riabilitato con corona protesica definitiva.

In alternativa, solo nel caso di documentazione post terapia, è possibile fornire una delle seguenti opzioni:

- ✓ rx endorale e/o bite wings che mostri il posizionamento della fixture e fotografia intraorale, che mostri la corona protesica definitiva cementata sull'impianto in oggetto;
- ✓ fotografia intraorale che mostri chiaramente la "vite di guarigione", prima della protesizzazione e fotografia intraorale che mostri l'avvenuta cementazione della corona protesica definitiva.
- ✓ Documentazione fotografica post cure per il trattamento ortodontico che evidenzi l'apparecchio posizionato nelle singole arcate.

Descrizione		Massimali di rimborso previsti	
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO		€ 2.000	
Codice prestazione	Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
07006 - 6130	VISITA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA CON EVENTUALE PIANO DI CURE	Rimborsabile massimo 1 volta l'anno	SOLO FORMA DIRETTA
07007 - 6137	IGIENE ORALE: DETARTRASI	Rimborsabile massimo 2 volte l'anno	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 10 per Detartrasi FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 35
24014 - 6261	PREVENZIONE CANCRO CAVO ORALE	Rimborsabile massimo 1 volta l'anno	SOLO FORMA DIRETTA
20439 - 2650	OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI 1° - 3° - 5° CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO PERMANENTE DAI 17 ANNI	Rimborsabile 1 volta ogni 3 anni, sulla stessa sede dentaria indipendentemente se elemento deciduo o permanente ed indipendentemente dall'età	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 40 per singola otturazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 20 per singola otturazione
23151 - 2667	OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI 2° - 4° CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO PERMANENTE DAI 17 ANNI		
30324 - 30324	OTTURAZIONE DI QUALSIASI CAVITÀ DI 1° - 2° - 3° - 4° - 5° CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO PERMANENTE FINO AI 16 ANNI DI ETÀ COMPIUTI		
30325 - 30325	OTTURAZIONE DI ELEMENTO DECIDUO (QUALSIASI CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - RIMBORSABILE UNA VOLTA OGNI 3 ANNI NELLA STESSA SEDE DENTARIA INDIPENDENTEMENTE SE ELEMENTO DECIDUO O PERMANENTE)		
20115 - 2594	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE (SEMPLICE O COMPLESSA) DI ELEMENTO PERMANENTE COMPRESSE EVENTUALI SUTURE - AD ELEMENTO NATURALE	Rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria. Non assimilabile all'estrazione di Impianti e/o di frammenti.	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per singola estrazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 20 per singola estrazione
30318 - 30318	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE SEMPLICE O COMPLESSA DI ELEMENTO DECIDUO (COMPRESSE EVENTUALI SUTURE E SEDAZIONE)		
20156 - 2595	ESTRAZIONE DI DENTE, COMPRESO III° MOLARE, IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE - SOLO PER ELEMENTI MAI EROTTI IN ARCATA (ESCLUSO GERMECTOMIA) - COMPRESO EVENTUALI SUTURE AD ELEMENTO NATURALE	Rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria. Non assimilabile all'estrazione di Impianti e/o di frammenti. OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE ESTRATTIVA (pre cure)	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 40 per singola estrazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 75 per singola estrazione

20149 - 2596	ESTRAZIONE DI III MOLARE, IN INCLUSIONE OSSEA PARZIALE - SOLO PER ELEMENTI PARZIALMENTE EROTTI IN ARCATA - COMPRESO EVENTUALI SUTURE AD ELEMENTO NATURALE		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 40 per singola estrazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 70 per singola estrazione
30319 - 30319	GERMECTOMIA (COMPRENSIVA DI TUTTE LE FASI ED ATTIVITÀ CHIRURGICHE COMPRESIVO DI LEMBO MUCOGENGIVALE E/O OSTEOTOMIA E/O ODONTOTOMIA - SUTURE E SEDAZIONE - ESCLUSA SEDAZIONE CON PROTOSSIDO) FINO A 16 ANNI DI ETÀ COMPIUTI	Rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria. Non assimilabile all'estrazione di Impianti e/o di frammenti. OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE ESTRATTIVA (pre cure)	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 40 per singola estrazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 75 per singola estrazione
21089 - 2615	IMPIANTI OSTEO-INTEGRATI (QUALSIASI TIPO COMPRESO IMPIANTI ZIGOMATICI O PTERIGOIDEI ESCLUSO MINI IMPIANTI ORTODONTICI O IMPIANTI DIVERSI DA QUELLI OSTEOINTEGRATI) PER SEDE DENTARIA	Rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria indipendentemente dal numero di radici e/o dello spazio da riabilitare. OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE RIABILITAZIONE (pre cure) Radiografia post cure da inoltrare con la richiesta di rimborso (ovvero corona definitiva su impianto)	
23155 - 2671	CORONA DEFINITIVA IN POLIMERI RIVESTITI, METAL FREE-CERAMIC FREE, CERTIFICABILI COME MATERIALE DEFINITIVO - PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni sul medesimo impianto. Non rimborsabile su elementi naturali e/o su sedi intermedie di ponte e/o su impianti preesistenti o non liquidati dal FasiOpen. OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE RIABILITAZIONE (pre cure) Radiografia post cure da inoltrare con la richiesta di rimborso (ovvero corona definitiva su impianto)	FORMA DIRETTA: Rimborso massimo per Impianto con relativa corona € 550 di cui: € 400 per impianto osteointegrato € 150 per corona protesica definitiva FORMA INDIRETTA: Rimborso massimo per Impianto con relativa corona € 550 di cui: € 400 per impianto osteointegrato € 150 per corona protesica definitive
21022 - 2618	CORONA DEFINITIVA LEGA BIOMEDICALE/RESINA/COMPO SITO CERTIFICABILE COME MATERIALE DEFINITIVO (QUALSIASI TIPO) - PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI		

21055 - 2619	CORONA LP E CERAMICA - CORONA METAL FREE (CERAMICA O MATERIALI CERAMICI INTEGRALI/MONOLITICI - SISTEMI CAD CAM) PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni sul medesimo impianto. Non rimborsabile su elementi naturali e/o su sedi intermedie di ponte e/o su impianti preesistenti o non liquidati dal FasiOpen. OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE RIABILITAZIONE (pre cure) Radiografia post cure da inoltrare con la richiesta di rimborso (ovvero corona definitiva su impianto)	
20412 - 2649	RX ENDORALI/BITE WINGS	Rimborsabili massimo 1 endorale pre cure e 1 post cure contestualmente ai codici che le prevedono (impianti e corone definitive) fino ad un massimo di 6 endorali/bite wing l'anno (1° gennaio - 31 dicembre) OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo (poiché la richiesta deve essere contestuale ad impianti/corone definitive) con obbligo di inoltro rx endorale/bitewings richiesta PRE RIABILITAZIONE (pre cure) con la richiesta di rimborso obbligo di inoltro della rx endorale/bitewings post cure richiesta	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 10 per singola rx endorale/bitewings FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 10 per singola rx endorale/bitewings
30307 - 30307	TERAPIA ORTODONTICA CON APPARECCHIATURE FISSE PER ARCATA PER ANNO, COMPRESO ESAME CEFALOMETRICO	Rimborsabile 1 volta l'anno (1gennaio - 31 dicembre), per massimo 3 anni anche non consecutivi fino al 18esimo anno di età. Non sovrapponibile nell'anno ad altre voci di trattamento ortodontico.	FORMA DIRETTA: Quota Massima Rimborso € 140 per anno indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte al trattamento
30308 - 30308	TERAPIA ORTODONTICA CON APPARECCHIATURE MOBILI/FUNZIONALI PER ARCATA PER ANNO, COMPRESO ESAME CEFALOMETRICO	OBBLIGHI: PIANO DI CURE PER ANNO DI TRATTAMENTO con Telecranio o Foto del "morso/morso inverso" pre cure - Fase di Rimborso per anno di trattamento- Telecranio o Foto dei modelli in occlusione	FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 140 per anno indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte al trattamento
30309 - 30309	TERAPIA ORTODONTICA CON APPARECCHIATURE INVISIBILI (QUALSIASI TIPOLOGIA/MATERIALE) PER ARCATA - PER ANNO - COMPRESO ESAME CEFALOMETRICO		
30310 - 30310	TERAPIA ORTODONTICA DI MANTENIMENTO PER CONTENZIONE FISSA O MOBILE INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI ARCATE	Rimborsabile massimo 1 anno (1gennaio - 31 dicembre) nell'ambito dei 3 anni massimi di trattamento riconosciuti. Non sovrapponibile nell'anno ad altre voci di trattamento ortodontico. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PER ANNO DI TRATTAMENTO con Foto Intraorale della contenzione posizionata - Fase di Rimborso per 1 anno di trattamento- Telecranio o Foto Intraorale del trattamento terminato (se terminato) o Foto intraorale della contenzione posizionata (diverse dal pre cure)	FORMA DIRETTA: Quota Massima Rimborso € 140 per anno indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte al trattamento FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 140 per anno indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte al trattamento

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 11 – Indennità/Diaria sostitutiva per i ricoveri conseguenti a grandi interventi chirurgici con degenza notturna

La Garanzia opera esclusivamente in “forma indiretta”. Si Sottolinea che, il riconoscimento dell’Indennità/Diaria, può essere erogato unicamente se esplicitamente richiesto dall’iscritto/assistito ed esclusivamente quando:

- ✓ Il Ricovero notturno per Grande Intervento Chirurgico è stato eseguito con il S.S.R;
- ✓ Non viene richiesto e/o non è stato richiesto a FasiOpen alcun rimborso in riferimento/riconducibile al Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico e/o a prestazioni riconducibili a questo (visite specialistiche, terapie, accertamenti, pre e/o post intervento, trasporto in autoambulanza ecc). L’elenco degli interventi rientranti tra i Grandi Interventi Chirurgici è esposto nella Garanzia 1.

La Garanzia non opera in caso di ricovero diurno e/o notturno in regime privatistico e/o per la differenza di classe. Altresì non è previsto alcun rimborso di Indennità/Diaria in caso di Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico per interventi diversi da quelli esposti nella Garanzia 1 e/o per Ricoveri per Riabilitazione pur se eseguiti in conseguenza di un Grande Intervento chirurgico. Si rammenta che, il rimborso dell’Indennità/Diaria viene riconosciuta per l’assistito soggetto a cure, ovvero solo ed esclusivamente per colui che riceve direttamente le cure/terapie (se rientrante nel nucleo familiare assistibile registrato presso l’anagrafica del Fondo all’atto dell’inizio del ricovero), indipendentemente dall’età del “paziente”, ovvero, non è riconosciuta ulteriore indennità per eventuale familiare che si ricovera per assistenza al degente. Per richiedere il riconoscimento dell’Indennità/Diaria, è indispensabile allegare al Modulo di Richiesta di Rimborso la copia integrale della cartella clinica, leggibile, evidenziando di voler richiedere esclusivamente la relativa indennità. La richiesta di rimborso deve pervenire entro 3 mesi dalla data di dimissione.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO PREVISTO PER ANNO PER ASSISTITO	Massimo 150 notti l’anno
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERI CONSEQUENTI A GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	Prime 30 notti (indipendentemente dal reparto): € 80 Notti da 31 a 150 (indipendentemente dal reparto): € 100

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 12 – Protezione neonati

La Garanzia è operativa sia in “forma indiretta” sia in “forma diretta ed è riservata ai figli con età massima di 2 anni (24 mesi), purché risultante come inserito nel nucleo familiare assistibile da FasiOpen all’atto del ricovero.

Rientrano nella Garanzia i grandi interventi chirurgici per la correzione di malformazioni congenite, il cui elenco è riportato a seguire.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO PER ASSISTITO	€ 30.000
ETÀ MASSIMA PREVISTA	2 anni (24 mesi)
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 100%

Elenco grandi interventi chirurgici per correzione malformazioni congenite

43836 – 179 Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi o sostituzioni valvolari multiple o sostituzione aortica o plastica dell'aorta (C.E.C.), salvo gli interventi descritti

40162 – 192 Reintervento con ripristino di C.E.C.

43737 – 193 Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo

43968 – 197 Trapianto cardiaco (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)

56150 – 249 Deformità ad asola della mano

48512 – 287 Correzione di piede torto congenito, parti molli e/o ossee

55228 – 288 Deformità ad asola delle dita del piede

40873 – 358 Cisti o fistola congenita, asportazione di

42994 – 359 Fistola esofago-tracheale, intervento per

41244 – 388 Megaesofago, intervento per

41251 – 389 Megaesofago, reintervento per

46367 – 573 Esiti labiali di labiopalatoschisi

46375 – 574 Esiti nasali di labiopalatoschisi

46680 – 588 Labioalveoloschisi monolaterale

46698 – 589 Labioalveoloschisi bilaterale

46920 – 610 Palatoschisi anteriori, posteriori del palato molle

46615 – 611 Palatoschisi totale

46185 – 624 Asportazione tumore di Wilms

46102 – 625 Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale

46086 – 626 Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale

46094 – 627 Atresia dell'ano: operazione perineale

46995 – 628 Atresie vie biliari, esplorazioni

45815 – 629 Cefaloematoma, aspirazione di

47001 – 630 Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene), intervento per
45823 – 631 Cranio bifido con meningocele
45831 – 632 Cranio bifido con meningoencefalocele
45849 – 633 Craniostenosi
46136 – 634 Dilatazione per stenosi congenita dell'ano
45997 – 635 Ernia diaframmatica di Bochdalek
46003 – 636 Ernia diaframmatica di Morgagni
45955 – 637 Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'
46243 – 638 Esofago o gastroschisi
46276 – 639 Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale
46284 – 640 Granuloma ombelicale, cauterizzazione
47126 – 641 Neuroblastoma addominale
47134 – 642 Neuroblastoma endotoracico
47142 – 643 Neuroblastoma pelvico
47159 – 644 Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)
47167 – 645 Occlusione intestinale del neonato, con resezione intestinale
47175 – 646 Occlusione intestinale del neonato, senza resezione intestinale
46045 – 647 Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice
46060 – 648 Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva
46052 – 649 Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz
45989 – 650 Pilo, stenosi congenita del
46144 – 651 Plastica dell'ano per stenosi congenita
45914 – 652 Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del
46318 – 653 Preparazione di vena per flebotomia e trasfusione
46110 – 654 Retto, prolasso con cerchiaggio anale del
46128 – 655 Retto, prolasso con operazione addominale del
46193 – 656 Spina bifida: meningocele
46201 – 657 Spina bifida: mielomeningocele
46151 – 658 Teratoma sacrococcigeo
47555 – 1214 Trauma ostetrico arto inferiore, trattamento di
47548 – 1215 Trauma ostetrico arto superiore, trattamento di



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 13 – Trasporto in Autoambulanza

La Garanzia è operativa esclusivamente in “forma indiretta” ed esclusivamente per trasporti all’interno del territorio nazionale.

Il Trasporto in autoambulanza è riconosciuto solo per gravi patologie, quando l’assistito è intrasportabile con mezzi propri, dal proprio domicilio all’istituto di cura prescelto per il Ricovero e viceversa.

Si precisa che, nella presente Garanzia, per Ricovero si intende permanenza con degenza notturna in Casa di Cure o Ospedale. Quindi, fermo restando che l’unico mezzo riconosciuto dalla Garanzia è l’Autoambulanza, nulla è riconosciuto nel caso di trasporto per terapie continuative quali ad esempio (sebbene non esaustivo) Chemioterapia, Dialisi, Fisiokinesiterapia ecc.

Non rientra nella copertura, il trasporto privato pur se in Autoambulanza, effettuato in urgenza, ma è riconosciuto solo quello relativo a ricoveri programmati.

La Garanzia non è applicabile al trasferimento da Casa di Cura o Ospedale ad altra Casa di Cura o Ospedale.

Per attivare la presente Garanzia, è indispensabile allegare al Modulo di Richiesta di Rimborso la ricevuta/fattura rilasciata dal Servizio di Autoambulanza (regolarmente autorizzato dalle Autorità competenti) che ha effettuato il trasporto, dalla quale siano rilevabili:

- ✓ certificazione medica con specifica del quadro clinico critico dell’assistito, per il quale è stato attivato il servizio, che evidenzia l’impossibilità per lo stesso di fruire di un diverso mezzo di trasporto;
- ✓ gli estremi di chi ha effettuato il trasporto;
- ✓ il nominativo dell’assistito che ha usufruito del trasporto;
- ✓ la data di effettuazione del trasporto stesso;
- ✓ il luogo di partenza e quello di arrivo.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 1.700
MINIMO NON INDENNIZZABILE	Non previsto
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA PER GRAVI PATOLOGIE	FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 100%

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 14 – Lenti

Le protesi oculistiche devono essere prescritte dal medico oculista e devono essere riferite alla correzione di disturbi del visus (cambio visus) o patologie oculari con invio al Fondo della documentazione riportante la correzione del visus.

La prescrizione del medico-chirurgo specialista in oculistica recante specifica di cambio visus non deve essere precedente a 6 (sei) mesi dalla data di acquisto delle predette protesi.

Sarà necessario allegare, alla richiesta di rimborso, copia della documentazione di spesa fiscalmente valida con i dati dell'acquirente (assistito per il quale vengono prescritte le lenti) ed il dettaglio degli importi per le singole voci/prestazioni.

La richiesta dovrà essere corredata dalla certificazione di conformità secondo la normativa UE (non saranno accettate certificazioni tecniche rilasciate dall'ottico e/o optometrista).

Il rimborso non potrà essere ripetuto, per il medesimo assistito, prima di 12 (dodici) mesi dalla data della precedente fatturazione, indipendentemente dall'eventuale massimale residuo.

Sono esclusi dalla presente garanzia, il rimborso per montatura, occhiali, lenti a contatto per fini estetici e lenti a contatto mono uso (sostituzione giornaliera).

Il rimborso delle lenti per occhiali correttivi e delle lenti a contatto (non mono uso) non sono sovrapponibili per il medesimo assistito.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 120
MINIMO NON INDENNIZZABILE	€ 55 per lenti correttive/confezione di lenti a contatto non monouso
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
LENTI (a seguito cambio visus)	FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso 100% al netto del minimo non indennizzabile

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 15 – FISIOKINESITERAPIA a seguito di infortunio

Si specifica che per “Fisiokinesiterapia” si intendono i trattamenti/cure prescritte dal medico di fiducia ed eseguite in Strutture Sanitarie ambulatoriali regolarmente autorizzate dalle Autorità competenti mentre per “Infortunio” si intende un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni obiettivamente constatabili. Le prestazioni Fisiokinesiterapiche sono “prestazioni sanitarie” svolte da medici chirurghi con titolo di specializzazione in fisiatria od ortopedia e traumatologia oppure da laureati o diplomati in fisioterapia o diplomi equipollenti regolarmente riconosciuti dalla normativa vigente e dalle autorità competenti (comunque regolarmente iscritti ai rispettivi Albi). Si ricorda a tal proposito che la qualifica professionale di fisioterapista della riabilitazione non è in possesso, ad esempio, di chinesiologi, massaggiatori estetici e/o sportivi, laureati ISEF/IUSM, operatori shiatzu, laureati in chiropratica, riflessologi, posturologi, naturopati, ecc.

Il rimborso delle spese relative alla fisiokinesiterapia è erogabile, esclusivamente in regime ambulatoriale sia in “forma Indiretta” sia “Forma diretta” nell’ambito del limite massimo di rimborso previsto dalla garanzia annuale, indipendentemente dal tipo, dalla tecnica, dalla strumentazione e da qualsiasi distretto anatomico. Non sono previste deroghe, estensioni e/o esenzioni ai massimali indicati dalla presente garanzia. Il massimale indicato dalla garanzia è omnicomprensivo (materiali d’uso, medicinali, competenze mediche ecc.).

Per le prestazioni fisiokinesiterapiche fruite in forma indiretta è previsto un rimborso analitico (nell’ambito del massimale annuo per assistito) le cui tariffe sono riportate nello schema sottostante. A tal proposito si ricorda che, non è previsto il rimborso del ricovero per riabilitazione e/o di prestazioni fisiokinesiterapiche in regime di ricovero e che, il rimborso è previsto per prestazione e non per seduta.

Pertanto per accedere al rimborso previsto, è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture, il dettaglio analitico delle terapie/prestazioni eseguite (tipo delle terapie e numero prestazioni), la prescrizione medica (medico specialista competente per diagnosi) con relativa diagnosi certa della patologia (conseguente ad infortunio documentato – non sintomatologia) che le ha rese necessarie ed indispensabili, eventuale verbale di pronto soccorso o copia della cartella clinica (se a causa dell’infortunio si è reso necessario un ricovero).

La garanzia è applicabile, nel rispetto dei limiti economici previsti dal piano sanitario, se le prestazioni vengono fruite e fatturate nel corso dei 120 giorni successivi al giorno dell’infortunio documentato.

	Descrizione	Massimali di rimborso previsti
	MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO (solo a seguito di infortunio per prestazioni eseguite e fatturate entro 120 giorni successivi al giorno dell'infortunio documentato)	€ 750
Codice	Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
80036 - 2922	ONDE D'URTO RADIALI - DIATERMIA: ONDE CORTE/MICROONDE/MARCONI/RADARTERAPIA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 6 per prestazione
80093 - 2923	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA (DIADINAMICHE O TENS)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80119 - 2924	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI (ELETTROSTIMOLAZIONI, FARADICA, GALVANICA, IDROGALVANICA, INTERFERENZIALE)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80069 - 2925	IRRADIAZIONE INFRAROSSA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80101 - 2926	IONOFORESI	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
81422 - 2927	IPERtermia SEGMENTARIA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 7 per prestazione
80259 - 2928	LASERTERAPIA ANTALGICA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 9 per prestazione
80127 - 2929	MAGNETOTERAPIA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 8 per prestazione
80242 - 2930	PRESSOTERAPIA O PRESSO - DEPRESSOTERAPIA INTERMITTENTE O LINFODRENAGGIO MANUALE (limitatamente ai casi di linfedema, linfoadenectomia ascellare/inguinale oppure nei casi di intervento per protesi di anca nell'ambito delle terapie post ricovero).	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 7 per prestazione
85522 - 2931	TECARTERAPIA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 8 per prestazione
80051 - 2932	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA O APPLICAZIONE PUVA (A SEDUTA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80226 - 2933	ULTRASONOTERAPIA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80218 - 2934	AGOPUNTURA (MANU MEDICA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 14 per prestazione massimo 10 prestazioni l'anno
81364 - 2935	ESERCIZI ASSISTITI IN ACQUA (A SEDUTA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 9 per prestazione
81555 - 2936	ESERCIZI CON ATTREZZATURE PER ISOCINETICA (A SEDUTA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 10 per prestazione
80135 - 2937	ESERCIZI POSTURALI	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80192 - 2938	RIEDUCAZIONE MOTORIA, PROPRIOCETTIVA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 6 per prestazione
80184 - 2939	MANIPOLAZIONI VERTEBRALI O CHIROTHERAPIA (MANU MEDICA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 13 per prestazione massimo 10 prestazioni l'anno
80143 - 2940	MASSOTERAPIA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80325 - 2941	MASSOTERAPIA DISTRETTUALE - RIFLESSOGENA (MANU MEDICA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 7 per prestazione
81563 - 2942	MOBILIZZAZIONI ARTICOLARI	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 6 per prestazione
81571 - 2943	MOBILIZZAZIONI VERTEBRALI	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 7 per prestazione
81356 - 2944	TERAPIA OCCUPAZIONALE (A SEDUTA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 9 per prestazione
80200 - 2945	TRAZIONI VERTEBRALI MECCANICHE (A SEDUTA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 6 per prestazione

FASIOPEN

Sede Legale Viale Pasteur 6 – 00144 Roma
Sede Operativa Viale Europa 175 – 00144 Roma
fasiopen.it



Adesioni Collettive

Modalità

L'adesione dell'Ente avviene mediante lettera di richiesta inviata al presidente dell'Associazione su carta intestata, **specificando la data in cui intendono far decorrere la copertura, che non potrà essere antecedente la data di richiesta di adesione.**

In assenza di data specifica, la copertura verrà erogata dal 1° giorno del mese successivo alla richiesta.

Contestualmente alla richiesta di adesione, gli Enti nuovi aderenti dovranno provvedere all'inoltro ad ASDEP **dell'anagrafica completa dei Titolari (ovvero i dipendenti) e dei loro familiari a carico fiscale.**

L'anagrafica della popolazione dovrà essere acquisita dall'Ente aderente mediante un tracciato informatico, poi trasmessa ad ASDEP contestualmente alla richiesta di adesione.

Segnaliamo che, ai fini della piena operatività della copertura è necessaria la corretta acquisizione dell'anagrafica dell'intero nucleo familiare.

Il contributo per gli Enti nuovi aderenti sarà calcolato in 12°, considerando sempre il mese di decorrenza come mese intero. Il versamento dei contributi dovuti ad ASDEP dovrà essere regolato nel termine di 30 giorni di calendario dalla data di richiesta di pagamento inviata dall'Associazione.

Il **contributo annuo per la copertura assicurativa** ammonta a:

- **€ 366,51 per ogni dipendente e familiari fiscalmente a carico**

È prevista altresì una quota di adesione a carico degli Enti aderenti ad Asdep, ad eccezione degli Enti Fondatori, ovvero INPS, INAIL, ACI e Delegazioni provinciali, i quali già contribuiscono alle spese di funzionamento del Fondo, in applicazione all'Art. 6, punto 8), lettera h) dello Statuto di ASDEP, che per l'annualità in corso è pari a:

- **13,00 euro per dipendente, con il minimo di 30 euro per anno**

La quota di adesione verrà richiesta sulla base del numero dei dipendenti assicurati nel corso dell'anno e sommata al contributo previsto per la copertura assicurativa, con le seguenti modalità:

- **Popolamento ad inizio annualità:** la quota procapite per il numero dei dipendenti in servizio ad inizio annualità assicurativa.
- **Adeguamento a fine annualità:** la quota procapite per il numero dei dipendenti assunti nel corso dell'anno.

MODULISTICA E ISTRUZIONI PER ENTI DI NUOVA ADESIONE (../Articolo/103)

MODULISTICA E ISTRUZIONI PER ENTI GIÀ ADERENTI (../Articolo/104)

COORDINATE BANCARIE ADESIONE ASDEP (../Download/1265)

A. S. D. E. P.

Associazione Nazionale per l'Assistenza Sanitaria dei Dipendenti degli Enti Pubblici

**SEZIONE I
CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO****ARTICOLO 1 – DEFINIZIONI GENERALI**

Ai fini del presente Contratto, e salvo quanto previsto nelle sezioni successive, si adottano le seguenti definizioni:

Asdep : Associazione assistenza sanitaria dipendenti enti pubblici

Assicurati: i dipendenti di INPS, INAIL ed ACI nonché degli altri Enti Pubblici aderenti ad ASDEP. Per il solo contratto "Assicurazione per il rimborso delle spese mediche e sanitarie", sono assicurati anche i familiari fiscalmente a carico dei dipendenti, intesi come coniuge e figli.

Aggiudicatario: l'impresa assicuratrice.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Assistenza Infermieristica: l'assistenza infermieristica professionale

Beneficiari: coloro ai quali spettano le somme assicurate in caso di sinistro. Per il contratto "Assicurazione Temporanea Caso Morte", si tratta degli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.

Centrale operativa: Struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che provvede al contatto telefonico e

via e-mail con gli assicurati ed organizza le prestazioni garantite dal presente capitolato.

Contraente: l'Associazione nazionale "Assistenza Sanitaria Dei Dipendenti Degli Enti Pubblici" (ASDEP).

Familiare a carico: i familiari dei dipendenti e pensionati assicurati, intesi come coniuge e figli, fiscalmente a carico.

Familiare non a carico: i familiari dei dipendenti e pensionati assicurati, intesi come coniuge, figli fino a 30 anni, non fiscalmente a carico ed il convivente *more uxorio*.

Pensionati: i dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP che siano cessati dal servizio prima dell'entrata in vigore

del contratto, ovvero che cessino durante il periodo di validità del contratto.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dalla Contraente all'Aggiudicatario.

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

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

Struttura di supporto: unità organizzativa presso l'INPS per fornire assistenza all'Assicurato nei rapporti con

l'Aggiudicatario e ad ASDEP per la cura della gestione del contratto.

Superstiti del dipendente: i familiari superstiti del dipendente assicurato deceduto, intesi come coniuge, convivente *more uxorio* e figli, conviventi e risultanti dallo stato di famiglia alla data del decesso, già precedentemente iscritti ad ASDEP.

Variazione del rischio: qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro

ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

ARTICOLO 2 - OGGETTO

Il presente capitolato ha ad oggetto la copertura assicurativa Temporanea Caso Morte (TCM) e Long Term Care (LTC -perdita dell'autosufficienza) a favore dei dipendenti degli enti aderenti ad ASDEP, e la copertura assicurativa per il Rimborsio Spese Mediche Ospedaliere (RSMO) per i predetti dipendenti e i loro familiari fiscalmente a carico.

Costituisce oggetto del presente capitolato, in subordine, la possibilità di effettuare l'adesione alla copertura assicurativa RSMO, su base volontaria, da parte dei seguenti soggetti:

- *familiari non fiscalmente a carico dei dipendenti assicurati intesi come coniuge e figli fino a 30 anni,*

- convivente more uxorio, superstiti del dipendente degli enti aderenti;*

- *pensionati alle condizioni di cui alla Sezione V del presente capitolato;*

- *componenti degli organi Statutari degli Enti aderenti ad ASDEP e membri direttivi dei medesimi Enti;*

- *dirigenti degli Enti aderenti ad ASDEP, non già iscritti in forma collettiva dal proprio Ente;*

- *dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP ai quali non si applica l'art. 46 del CCNL 1994-1997.*

Le coperture assicurative previste dal presente Contratto sono valide in tutto il mondo.

ARTICOLO 3 – DURATA DELLA CONVENZIONE

Il presente affidamento stipulato tra l'Aggiudicatario e la Contraente ha durata di 30 (trenta) mesi, dalle ore 00:00 del 01/07/2022 alle ore 23:59 del 31/12/2024, salvo diversa decorrenza imputabile alla conclusione della procedura e delle relative verifiche per la stipula del contratto, ed opera, ad ogni effetto, senza soluzione di continuità con la precedente Convenzione stipulata da ASDEP.

Le parti riconoscono ed accettano che il presente contratto, immediatamente efficace per l'Aggiudicatario, lo sarà per la Contraente soltanto ad esito positivo delle verifiche previste per legge.

È riconosciuta alle parti facoltà di disdetta a partire dalle ore 23:59 del 31/12/2023, salvo diverso termine indicato in contratto e comunque dopo 18 mesi dell'efficacia del contratto, ad ogni scadenza annuale, a condizione che la disdetta sia comunicata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o posta elettronica certificata, con un preavviso di 180 giorni rispetto alla scadenza annuale.

La Stazione Appaltante si riserva, in via del tutto eventuale e opzionale, previa insindacabile valutazione interna, di rinnovare i servizi assicurativi oggetto del presente Capitolato, alla scadenza del Contratto, nella misura massima di dodici mesi.

La Stazione Appaltante, inoltre, si riserva di prorogare il contratto, ai sensi dell'art. 106, comma 11, del Codice dei contratti pubblici, per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo Contraente.

Le opzioni di cui ai precedenti commi saranno attuate e formalizzate mediante uno o più atti aggiuntivi al Contratto già sottoscritto dalla Stazione Appaltante. In tal caso l'Aggiudicatario sarà tenuto all'esecuzione delle prestazioni agli stessi prezzi, patti e condizioni del contratto originario, o a condizioni economiche più favorevoli per la Stazione Appaltante.

ARTICOLO 4 – PREMI PRO CAPITE OFFERTI

Sezione II Premio pro capite per rischio Temporanea Caso Morte: € 86,81;

Sezione III Premio pro capite per rischio Long Term Care: € 14,47;

Sezione IV Premio pro capite per la copertura del rischio rimborso spese mediche ospedaliere: € 265,23;

Premio pro capite Totale Base :€ 366,51

Sezione V volontarie (art. 55)

Integrativa titolare e familiari a carico: € 359,64

Integrativa familiari a carico e non a carico: € 539,46

Enti speciali con integrativa (art. 55)

Dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico corrisposto dall'ente : € 349,65

Integrativa familiari non fiscalmente a carico : € 179,82

PACCHETTI PREVENTIVI in modalità collettiva riservati al titolare di polizza € 89,91 (art. 54 comma 6)

ARTICOLO 5 – CERTIFICATI DI ASSICURAZIONE

L'Aggiudicatario dovrà emettere certificati di assicurazione per ogni singolo Ente aderente alla Contraente. I certificati avranno scadenza uguale a quella del presente affidamento e decorrenza definita dalla Contraente.

Nel caso di disdetta dell'affidamento i singoli certificati si intendono automaticamente disdettati.

Tali certificati costituiranno parte integrante dell'affidamento e pertanto la relativa normativa ivi prevista, conforme alla presente polizza, deve essere considerata integralmente estesa agli Enti aderenti, assicurati per il tramite dei suddetti certificati.

I certificati operano, ad ogni effetto, senza soluzione di continuità con i certificati emessi per i medesimi Enti che abbiano aderito alla precedente Convenzione stipulata da ASDEP.

Tali certificati saranno trasmessi dall'Aggiudicatario alla Contraente entro 90 giorni dal pagamento del premio.

ARTICOLO 6 – ANAGRAFICHE, INCLUSIONI ED ESCLUSIONI

L'elenco degli assicurati e ogni variazione intervenuta nel periodo assicurativo saranno comunicati all'Aggiudicatario dal Contraente secondo le modalità tecniche definite dal Contraente e con la tempistica di

seguito descritta:

- all'inizio del periodo assicurativo sarà trasmesso l'elenco dei dipendenti e dei loro familiari a carico. Le variazioni nell'elenco dei dipendenti (assunzioni e cessazioni) saranno comunicate con cadenza semestrale; eventuali variazioni nella composizione dei nuclei familiari (insorgere o venir meno del requisito del carico, nascite, ecc.) saranno comunicate con cadenza mensile; in caso di esclusione di Assistiti in corso d'anno la copertura è operante fino alla prima scadenza annuale assicurativa. Le comunicazioni di inclusione varranno dalla data di comunicazione dell'Ente ad Asdep.

- con cadenza annuale saranno trasmessi gli elenchi dei soggetti da assicurare secondo quanto previsto nella sezione V (adesioni volontarie e polizze integrative); le adesioni ai piani avverranno per 90 giorni decorrenti dall'inizio dell'annualità assicurativa. Eventuali nuove adesioni oltre la finestra temporale sopra indicata saranno consentite esclusivamente nell'arco della finestra temporale prevista per l'annualità assicurativa successiva.

Ai fini della validità della copertura assicurativa farà fede la dichiarazione dell'Ente aderente ad ASDEP.

ARTICOLO 7 – PREMI

Per le singole sezioni II, III e IV di cui si compone il presente Capitolato, è prevista la misura del premio per le inclusioni avvenute nel primo e nel secondo semestre dell'annualità assicurativa, da effettuarsi secondo modalità che verranno comunicate dalla Contraente.

Entro il 75° giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa, la Contraente si impegna a comunicare:

- **relativamente alla nuova annualità assicurativa**, l'effettivo numero iniziale di unità assicurate, affinché l'Aggiudicatario possa determinare il premio che dovrà essere anticipato;
- **relativamente all'annualità trascorsa**, gli avvenuti inserimenti in garanzia con le corrispondenti date di decorrenza, affinché l'Aggiudicatario possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

A seguito di tali comunicazioni, l'Aggiudicatario notificherà alla Contraente gli importi dovuti.

Tali importi saranno pagati con cadenza semestrale secondo le seguenti tempistiche:

- pagamento primo semestre, entro 30 giorni dalla notifica di cui al 3° comma del presente articolo;
- pagamento secondo semestre, entro 30 giorni dalla scadenza del primo semestre con eventuale regolazione del premio definitivo.

I pagamenti dei premi relativi alla sezione V del presente Capitolato verranno effettuati dalla Stazione appaltante a cadenza annuale entro 90 giorni dalla scadenza dell'annualità assicurativa.

L'Aggiudicatario ha diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali la Contraente è tenuta a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Nel caso di adesione ad ASDEP di un Ente nel corso dell'annualità assicurativa, la misura del premio per ciascun Assicurato verrà stabilita in dodicesimi, considerando il mese di decorrenza come mese intero. Il premio per le successive inclusioni di assicurati verrà determinato in base a quanto previsto al primo comma del presente articolo, fermo restando, in ogni caso, che detto premio non potrà essere superiore rispetto al rateo di premio determinato per l'adesione in corso d'anno dell'Ente stesso.

L'ASDEP, in quanto iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, è tenuta a riservare una quota non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione espressamente individuate dal Decreto del Ministero della Salute 31 marzo 2008 (c.d. decreto Turco), così come modificato dal Decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali 2 ottobre 2009 (c.d. decreto Sacconi) e ss.mm.ii.

ARTICOLO 8 – MODIFICHE

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dal presente Capitolato potrà essere introdotta e/o imposta dall'Aggiudicatario ai singoli certificati, se non in base ad apposita modifica accettata dalle parti. Le eventuali modifiche contrattuali alla stipulazione del Contratto debbono essere provate per iscritto.

ARTICOLO 9 – DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Per i soggetti assicurati la garanzia decorre dal giorno in cui entra in vigore il presente affidamento e si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con l'Ente aderente alla Contraente; allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale. Per i rapporti di lavoro che sorgano nel corso del periodo assicurativo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde al 100% o al 50% del premio annuo, a seconda che il rapporto lavorativo abbia inizio nel corso del primo o secondo semestre dell'anno cui è riferito il premio.

Per la copertura prevista nella sezione IV (rimborso spese mediche sanitarie):

- **in caso di nascita di figli** l'assicurazione si intende automaticamente estesa dalla data di nascita del figlio,

a condizione che la comunicazione da parte del soggetto assicurato venga effettuata, all'Ente di appartenenza, entro 180 giorni dalla nascita. In caso di superamento di tale termine, l'assicurazione decorrerà fino ai 180 giorni antecedenti alla comunicazione da parte dell'Assicurato all'Ente di appartenenza;

- la **perdita dello status di familiare totalmente o parzialmente a carico** nel corso del periodo assicurativo comporta l'esclusione dalla copertura assicurativa con effetto dalla prima scadenza successiva, ferma restando la possibilità per l'Assicurato, ove ne ricorrano i presupposti di cui alla sezione V (adesione volontaria alla copertura assicurativa per il rimborso delle spese mediche e sanitarie – RSMO - e polizze integrative al piano base - RSMO), di richiedere l'estensione della copertura per il proprio familiare non a carico per l'annualità assicurativa successiva.

Per le estensioni della polizza previste nella sezione V, l'assicurazione si intende estesa dalla data di comunicazione della variazione/estensione da parte dell'Assicurato all'Ente di appartenenza.

ARTICOLO 10 – COMUNICAZIONE DEI DATI RELATIVI AI SINISTRI

Fermo restando il rispetto della normativa relativa al trattamento dei dati personali (D.Lgs n.196/2003 e s.m.i.), l'Aggiudicatario si impegna a fornire alla Contraente con cadenza semestrale l'elenco globale dei sinistri denunciati e gestiti, mediante un tracciato informatico strutturato secondo quanto previsto in allegato A (*"Specifiche tecniche per la trasmissione dei dati relativi ai sinistri"*), e con cadenza annuale, entro il 31 marzo, l'andamento complessivo dei sinistri riferito all'annualità precedente, secondo il format riportato nell'allegato B (*"Report annuale andamento tecnico"*).

Al termine di ogni semestre, e comunque entro i 15 giorni solari successivi al termine della semestralità, l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza dovrà essere fornito in formato Excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e riportare il riepilogo delle prestazioni erogate, dovrà essere conforme alla tabella di cui all'allegato A.

Per ciascuna settimana intera di ritardo nella trasmissione della reportistica del presente paragrafo, l'Aggiudicatario corrisponderà alla Contraente una penale pari a euro 1.000,00 (mille/00), il cui importo verrà detratto dal pagamento del premio alla prima scadenza utile.

Resta inteso che tutti i dati relativi ai sinistri, richiesti nel presente paragrafo, dovranno essere trasmessi ufficialmente dalla Società in formato elettronico a mezzo PEC.

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva.

La carenza prolungata e continuata delle comunicazioni di cui al presente articolo sarà considerata significativa per la dimostrazione delle circostanze di esclusione di cui all'art. 80, comma 5, lett. c) del Codice dei contratti pubblici.

L'Aggiudicatario è esentato dalla produzione dell'elenco globale dei sinistri denunciati e gestiti nel caso in cui metta a disposizione della Contraente accessi *on line* dedicati e protetti per consentire di visualizzare ed estrarre i dati aggiornati dei sinistri dal proprio *data base*, contenente le medesime specifiche tecniche di cui all'allegato A (*"Specifiche tecniche per la trasmissione dei dati relativi ai sinistri"*).

L'Aggiudicatario si impegna a consentire la trasmissione telematica, mediante apposite caselle di posta elettronica dedicate, delle denunce di sinistro e della relativa documentazione da parte degli assicurati; analoga modalità dovrà essere utilizzata nelle comunicazioni tra l'Aggiudicatario e gli assicurati.

ARTICOLO 11 – ORGANO PARITETICO

La risoluzione amministrativa in funzione preventiva di problematiche relative all'esecuzione del contratto è demandata ad un Organo Paritetico composto da quattro membri designati due dall'ASDEP e due dall'Aggiudicatario.

L'Organo è costituito entro trenta giorni dall'avvio dell'esecuzione del contratto e si riunisce, su iniziativa del

Presidente dell'ASDEP, anche su sollecitazione del Direttore dell'esecuzione del contratto, di norma due volte

all'anno e ogniquale volta ne ravvisi la necessità. Tali riunioni possono avvenire anche in modalità telematica.

L'Organo:

- verifica il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti;
- effettua il monitoraggio dell'andamento dei sinistri;
- cura la risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali, improntata al criterio di maggior favore nei confronti del Contraente/Assicurato, e formula suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

L'Organo definisce le istanze di revisione che gli assicurati possono presentare ad ASDEP in relazione a singoli sinistri, comprese quelle sulla indennizzabilità del sinistro e sulla sua misura.

È onere dell'Assicurato che intenda avvalersi di tale facoltà allegare all'istanza tutta la documentazione, medica e/o di spesa, necessaria ed utile per la definizione della stessa.

Le istanze di revisione relative al diniego da parte dell'Aggiudicatario del riconoscimento dello stato di non

autosufficienza a termini di polizza LTC sono prioritarie sulle altre questioni rimesse alla valutazione dell'Organo.

L'attività di esame si conclude con il pronunciamento dell'Organo entro 45 giorni dalla ricezione dell'istanza dell'Assicurato mediante la formulazione di una proposta di soluzione della controversia in forma scritta, dando sintetico atto della motivazione.

Decorso tale termine, in assenza di pronunciamento o di mancanza di accordo tra ASDEP e Aggiudicatario l'Assicurato potrà esperire gli strumenti di tutela previsti dall'ordinamento.

Non sono previsti compensi ovvero gettoni di presenza a qualunque titolo.

ARTICOLO 12 – TRASMISSIONE TELEMATICA ALL'ANAGRAFE TRIBUTARIA DEI DATI RELATIVI ALLE SPESE SANITARIE RIMBORSATE NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

La Contraente, ai sensi del disposto dell'art. 78 legge 30 dicembre 1991, n. 413, come modificato dall'art. 1, comma 950, legge 28 dicembre 2015, n. 208, è tenuta a trasmettere all'Anagrafe tributaria i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate agli assicurati nell'anno d'imposta di riferimento.

Per la trasmissione di tali dati all'Agenzia delle Entrate, la Contraente si avvale dell'Aggiudicatario che, a tal fine, verrà espressamente delegato e designato responsabile del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 29, D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii. La delega potrà anche essere conferita telematicamente, secondo le modalità descritte sul sito internet dell'Agenzia delle Entrate e riservate agli utenti Entratel o Fisconline, tramite apposite funzionalità disponibili nella propria area autenticata.

L'Aggiudicatario delegato dovrà utilizzare per la trasmissione, il servizio telematico Entratel o Fisconline ed i prodotti software di controllo e di predisposizione dei file resi disponibili, gratuitamente, dall'Agenzia.

Gli archivi contenenti le dichiarazioni da trasmettere dovranno essere predisposti secondo le specifiche tecniche richieste dall'Agenzia delle Entrate. Giusta la predetta delega, l'Aggiudicatario è responsabile dell'invio, della veridicità, completezza e correttezza dei dati trasmessi all'Agenzia delle Entrate.

L'Aggiudicatario dovrà dare conto dell'esito dell'avvenuta trasmissione entro e non oltre 15 giorni dal termine previsto dalla normativa vigente e dovrà, altresì, fornire copia del tracciato trasmesso.

In caso di mancata o ritardata trasmissione dei dati di cui ai precedenti commi, che comporti ritardo nella comunicazione dei dati richiesti ad ASDEP da parte dell'Agenzia delle Entrate ai fini fiscali, si applicheranno all'Aggiudicatario le stesse penali imputate ad ASDEP, maggiorate del 10%.

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva.

ARTICOLO 13 – RINUNCE ED ESONERI

L'Aggiudicatario rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'articolo. 1916 del cod.civ.

Gli Assicurati sono esonerati dal dichiarare all'Aggiudicatario l'eventuale esistenza di altre polizze da loro stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

ARTICOLO 14 – ESTENSIONE TERRITORIALE

Le coperture assicurative previste dal presente contratto sono valide in tutto il mondo.

ARTICOLO 15 – ONERI FISCALI, TRACCIABILITA' DEI FLUSSI E RIMBORSO SPESE DI PUBBLICAZIONE

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Eventuali aumenti delle imposte relative al premio stabilite per legge saranno calcolati nel premio dell'anno successivo.

L'Aggiudicatario si impegna alla stretta osservanza degli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge del 13 agosto 2010, n. 136 (*"Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia"*) del Decreto Legge n. 187 del 12.11.2010 (*"Misure urgenti in materia di sicurezza"*), convertito con modificazioni dalla Legge del 17 dicembre 2010, n. 217, e relative modifiche, integrazioni e provvedimenti di attuazione, sia nei rapporti verso la Contraente che nei rapporti con la filiera delle imprese, secondo quanto previsto nell'allegato C (*"Tracciabilità dei flussi"*).

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 34, comma 35, del Decreto Legge n. 179 del 18 ottobre 2012, convertito con modificazioni dalla legge n. 221 del 17 dicembre 2012, le spese di pubblicazione del bando di gara di cui all'art. 216, comma 11, del D. Lgs. n.50/2016, graveranno sull'Aggiudicatario nella misura massima complessiva e indicativa di € 10.000,00, e dovranno essere rimborsate dal predetto alla Stazione Appaltante entro 60 giorni dall'aggiudicazione.

ARTICOLO 16 – RISOLUZIONE DEL CONTRATTO, CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA E RECESSO EX ART. 1893 e 1898 C.C.

Il contratto potrà essere risolto in tutti i casi di inadempimento di non scarsa importanza, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1455 cod. civ., previa diffida ad adempiere, mediante raccomandata A/R o posta elettronica certificata entro un termine non superiore a 15 (quindici) giorni dal ricevimento di tale comunicazione.

Il presente contratto, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1456 del cod. civ., si risolverà di diritto al verificarsi di una delle situazioni di seguito indicate, fermo restando il diritto di ASDEP di agire per il risarcimento dei danni subiti:

- a) violazione del divieto di subappalto delle prestazioni contrattuali senza autorizzazione di ASDEP;
- b) grave inadempimento successivo a tre diffide – comprese le non corrette trasmissioni dei dati inerenti i sinistri, contestate tramite raccomandata A/R o posta elettronica certificata – comunicate ai sensi del comma 1 del presente articolo, in ordine alla perfetta esecuzione del servizio;
- c) mancata reintegrazione, nel termine di 10 giorni, della cauzione in esito all'escussione della stessa;
- d) violazione del divieto di cessione del contratto;
- e) inadempimento agli obblighi di tracciabilità;
- f) violazione agli obblighi di riservatezza;
- g) provvedimenti a carico dei rappresentanti dell'appaltatore di cui alla vigente normativa antimafia;
- h) provvedimenti di revoca dell'esercizio dell'attività assicurativa da parte dell'autorità preposta.

La risoluzione in tali casi opera allorquando la Contraente comunichi per iscritto con raccomandata A/R o posta elettronica certificata all'Aggiudicatario di volersi avvalere della clausola risolutiva ex articolo. 1456 cod.civ..

In caso di risoluzione sarà corrisposto all'Aggiudicatario il prezzo contrattuale del servizio effettuato, detratte le eventuali penali, le spese e gli altri oneri di cui al presente capitolato.

La Contraente, ai sensi dell'articolo. 1373 cod.civ., si riserva la facoltà di recedere unilateralmente dal contratto, anche laddove esso abbia avuto un principio di esecuzione, fatto salvo il pagamento delle prestazioni effettuate dall'Aggiudicatario.

La Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Aggiudicatario dei mutamenti che aggravano il rischio

in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, l'Aggiudicatario non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

Le modifiche che possono determinare un aggravamento del rischio derivano da:

- a) mutamenti normativi o interventi giurisprudenziali radicali delle Sezioni Unite della Cassazione o delle Adunanze Plenarie del Consiglio di Stato;
- b) mutamenti organizzativi della Contraente ovvero da riorganizzazioni della stessa (variazione significativa del numero degli assicurati, delibere della Contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte).

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Aggiudicatario.

La Contraente non è tenuta a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

L'Aggiudicatario può segnalare alla Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste dal

presente articolo, punto 2) - variazione del rischio- e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del D.lgs.n. 50/2016, sei mesi prima della scadenza di ogni singola annualità, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.

La Contraente, entro 30 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

Entro ulteriori 30 giorni l'Aggiudicatario dovrà comunicare l'adesione alla proposta della Contraente ovvero la volontà di recedere.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità successiva.

In caso di mancato accordo tra le parti, l'Aggiudicatario può recedere dal contratto di assicurazione a decorrere dalla scadenza dell'annualità.

Qualora alla data di effetto del recesso la Contraente non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Aggiudicatario si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 90 giorni, successivo alla scadenza dell'annualità. La Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del cod. civ., in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi alla Contraente nei tre

mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura e i termini di cui ai precedenti commi del presente articolo.

ARTICOLO 17 – PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

A favore della Contraente è prevista la partecipazione agli utili in relazione all'andamento tecnico del presente affidamento, alla scadenza di ciascuna annualità e in relazione alle sezioni specifiche di seguito elencate:

- 1) Temporanea Caso Morte (TCM)
- 2) Long Term Care (LTC)
- 3) Rimborso spese mediche ospedaliere (RSMO).

A tal fine, entro quattro mesi da ogni scadenza annuale del contratto e comunque a partire dalla prima scadenza contrattuale, con riferimento all'annualità assicurativa trascorsa, l'Aggiudicatario dovrà compilare

un bilancio di partecipazione agli utili nel quale figurino:

- all'attivo:
 - il 70% dei premi imponibili delle tre Sezioni (Temporanea caso morte, LTC, e rimborso spese mediche) comprese le regolazioni premi di competenza;
- al passivo:
 - gli importi liquidati;
 - gli importi riservati, per la liquidazione dei sinistri pendenti.

L'eventuale saldo attivo risultante, ridotto nella misura di 50%, sarà devoluto alla Contraente, nella misura massima pari ad € 0,50 moltiplicato per il numero dei soli dipendenti Assicurati nel periodo di riferimento, appartenenti all'INPS, INAIL ed ACI.

La liquidazione degli eventuali utili avverrà entro e non oltre 120 giorni successivi alla scadenza annuale, fermo restando l'avvenuto pagamento dei premi da parte della Contraente.

SEZIONE II

COPERTURA ASSICURATIVA TEMPORANEA CASO MORTE (TCM)

ARTICOLO 18 – DEFINIZIONI SPECIFICHE

Ad integrazione di quanto previsto all'articolo 1, per quanto contenuto nella presente sezione si adottano le seguenti definizioni:

Capitale Assicurato: la somma dovuta dall'Aggiudicatario in caso di morte del dipendente assicurato.

ARTICOLO 19 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E CAPITALE ASSICURATO

La copertura assicurativa riguarda, nei limiti previsti dalle presenti condizioni, il pagamento di una somma in caso di morte dell'Assicurato da qualunque causa determinata, salvo le esclusioni di cui all'articolo 23, purché questa avvenga nel corso del periodo di validità della copertura.

Il capitale assicurato per ciascun dipendente è pari a € 35.050,00.

ARTICOLO 20 – PREMIO

Il premio annuo *pro capite* a base d'asta è stabilito in € 86,81 per ogni Assicurato.

ARTICOLO 21 – DOCUMENTAZIONE SANITARIA

I rischi verranno assunti dall'Aggiudicatario senza richiesta di alcuna documentazione sanitaria.

ARTICOLO 22 – LIMITI DI ETÀ

Sono inclusi in copertura tutti gli appartenenti al gruppo degli Assicurati aventi età non superiore a 70 anni. L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età. Nel caso

di compimento del settantesimo anno in corso d'anno, l'Assicurato verrà mantenuto in copertura fino alla scadenza dell'annualità assicurativa.

ARTICOLO 23 – ESCLUSIONI

È escluso dall'assicurazione soltanto il decesso causato:

- a) da attività dolosa del beneficiario;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano. In questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta della Contraente;
- d) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, in qualità di membro dell'equipaggio.

ARTICOLO 24 – SUICIDIO

Nella garanzia assicurazione temporanea caso morte il decesso causato da suicidio è incluso, fin dall'ingresso

in polizza dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 23 lettera b).

ARTICOLO 25 – SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ TESTE

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo di € 5.000.000,00: detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite dal sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

ARTICOLO 26 – TEMPI DI LIQUIDAZIONE

La liquidazione del capitale assicurato sarà effettuata entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa da parte dell'Aggiudicatario. La documentazione completa richiesta dall'Aggiudicatario per la liquidazione (inclusa copia della documentazione fornita dall'Ente di appartenenza dell'assicurato che attesti trattarsi di dipendente in servizio al momento del sinistro) dovrà pervenire, da parte degli interessati all'Aggiudicatario, con impegno, da parte di quest'ultimo, di informazione ad Asdep

delle istanze ricevute.

L'Aggiudicatario dovrà corrispondere un importo onnicomprensivo, pari ad € 50,00, per ogni giorno di ritardo, che sarà versato a favore dei beneficiari.

L'Aggiudicatario si impegna a fornire, all'atto della stipulazione del contratto, l'elenco dei documenti necessari per la liquidazione del capitale e un fascicolo informativo contenente una guida all'utilizzo del servizio di liquidazione sinistri.

SEZIONE III

COPERTURA ASSICURATIVA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

LONG TERM CARE (LTC)

ARTICOLO 27 – DEFINIZIONI SPECIFICHE

Ad integrazione di quanto previsto all'articolo 1, per quanto contenuto nella presente sezione si adottano le seguenti definizioni:

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Istituto di cura: l'ospedale, clinica o Istituto universitario, casa di cura, casa di convalescenza e di soggiorno, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza

ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute del soggetto Assicurato non dipendente da infortunio.

Rendita: somma di denaro garantita mensilmente dall'Aggiudicatario in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Ricovero: la degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Ricovero di lunga degenza: la degenza in Istituto di cura specializzata nell'assistenza agli anziani e/o a persone non autosufficienti.

Struttura sanitaria convenzionata: l'istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui l'Aggiudicatario ha definito un accordo per il pagamento delle prestazioni.

SSN: il Servizio Sanitario Nazionale.

ARTICOLO 28 – ASSICURATI - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E RENDITA EROGATA

Sono inclusi in copertura tutti gli appartenenti al gruppo degli Assicurati aventi età non superiore a 70 anni che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti nell'art. 32 "Condizioni di Assicurabilità". Nel caso di compimento del settantesimo anno nel corso dell'annualità assicurativa, l'Assicurato verrà mantenuto in copertura fino alla scadenza dell'annualità assicurativa.

L'Aggiudicatario garantisce, nel caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza (LTC), di cui all'articolo 30 ("Stato di non autosufficienza"), una somma di denaro erogata all'Assicurato, finché in vita, con cadenza mensile, per l'importo di € 910,00.

L'Aggiudicatario si impegna a fornire, all'atto della stipulazione del contratto, un fascicolo informativo contenente una guida alla prestazione socio-assistenziale.

ARTICOLO 29 – PREMIO

Il premio annuo *pro capite* a base d'asta è stabilito in € 14,47 per ogni Assicurato.

ARTICOLO 30 – STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che, quale risultato di un peggioramento della

funzionalità dell'organismo, dovuto a malattia o infortunio, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, 45 giorni per i malati oncologici, in uno stato tale -presumibilmente in modo permanente- da avere bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 6 degli atti ordinari della vita quotidiana (*Activities of Daily Living* - ADL) di seguito indicate:

1) farsi il bagno: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia;

2) igiene del corpo: la capacità di recarsi al bagno, di lavarsi e di asciugarsi la parte superiore e inferiore del corpo e di svolgere attività di cura della persona (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti) e di effettuare ogni atto di igiene personale dopo essere andato in bagno;

3) mobilità: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche, di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici;

4) continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) senza incidenti occasionali;

5) bere e mangiare: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;

6) vestirsi e svestirsi: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato, per la parte superiore o inferiore del corpo.

Sarà ammesso al beneficio l'Assicurato che abbia riportato un punteggio minimo di 15 punti su 3 delle 6 ADL dettagliate nell'allegato D del presente capitolato.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana di cui sopra, come dettagliate nell'allegato D, l'Assicurato che sia affetto da una patologia nervosa o mentale che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti).

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettive da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'Assicurato verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive, se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dall'Assicurato a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive; la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche;
- la capacità intellettuale dell'Assicurato è tale per cui, lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Assicurato stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

ARTICOLO 31 – RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DELL'AGGIUDICATARIO

Entro 180 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'articolo 30 ("*Stato di non autosufficienza*"), l'Assicurato, il tutore/curatore o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà contattare l'Aggiudicatario e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere un certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato ed una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza.

In risposta, l'Aggiudicatario invierà un questionario al medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la/le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato.

In caso di deterioramento intellettuale la valutazione sarà effettuata sulla base di precisi elementi descrittivi (*test Mini Mental State Examination di Folstein*). Sarà ammesso al beneficio l'Assicurato che abbia riportato un punteggio minore o uguale a 15 punti.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'articolo 30 (*"Stato di non autosufficienza"*) se:

- l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, ai fini dell'accertamento potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del S.S.N. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al S.S.N.;

- l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero; anche in questo caso ai fini dell'accertamento potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del S.S.N. qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al S.S.N..

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata all'Aggiudicatario per il tramite della Contraente.

L'Aggiudicatario, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato;
- valutare con esito negativo la sussistenza dello stato di non autosufficienza. In tal caso, l'Assicurato potrà presentare istanza di revisione, contro il diniego, all'Aggiudicatario e all'ASDEP per la rimessione della questione al Collegio Consultivo Tecnico e, in caso non si raggiunga l'accordo, per l'eventuale attivazione dell'arbitrato irrituale di cui all'articolo 11 (*"Risoluzione delle controversie"*).

L'Assicurato può sempre produrre nuovi documenti sanitari, contenenti elementi che giustifichino l'aggravarsi del suo stato di salute intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione, purché il contratto non sia scaduto da oltre 24 mesi.

L'Aggiudicatario avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari il cui costo sarà sostenuto dall'Aggiudicatario.

ARTICOLO 32 – CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità, all'inizio dell'annualità assicurativa:

1. avere bisogno dell'aiuto di un terzo, al momento dell'inizio copertura, per almeno tre degli atti ordinari della vita quotidiana di cui all'articolo 30 (*"Stato di non autosufficienza"*);
2. percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%;
3. essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, conclamata da specifici esami diagnostici, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllabile o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

Per quanto concerne i dipendenti degli Enti aderenti alla Contraente, appartenenti alle categorie protette (ai

sensi delle Leggi 482/68 e 68/99), questi si considerano assicurabili. Tuttavia, la garanzia non opera qualora

lo stato di non autosufficienza di cui all'articolo 30 (*"Stato di non autosufficienza"*) sia conseguenza diretta,

ovvero un aggravamento, del precedente stato di invalidità che ha costituito il titolo dell'assunzione ai sensi delle norme sopra citate.

Qualora la richiesta del beneficio derivi da patologie diverse da quelle già presenti al momento dell'entrata in polizza non si applicano le restrizioni di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3 del presente articolo.

Per la valutazione dello stato di non autosufficienza, si farà riferimento all'allegato D (*"Stato di non autosufficienza"*).

ARTICOLO 33 – FASE ISTRUTTORIA

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte dell'Aggiudicatario così come previsto dall'articolo 30 (*"Stato di non autosufficienza"*), questi si impegna a rispettare i seguenti termini:

1) entro 15 giorni dall'inoltro, da parte della Contraente, della denuncia dell'Assicurato all'Aggiudicatario, lo stesso provvede all'invio del questionario che dovrà essere compilato a cura del richiedente; il questionario, unitamente ad eventuale ulteriore documentazione medica a corredo dell'istanza, dovrà essere restituita all'Aggiudicatario;

2) entro 15 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica a corredo, l'Aggiudicatario, ove lo ritenga necessario, si impegna a comunicare all'Assicurato la propria disponibilità a far eseguire la visita domiciliare dal proprio fiduciario entro ulteriori 15 giorni;

3) in ogni caso entro 30 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica ovvero dalla data di effettuazione della visita, nel caso in cui questa sia stata richiesta dall'Aggiudicatario, questi si impegna a dare riscontro all'Assicurato:

- riconoscimento dello stato di non autosufficienza (LTC);
- mancato riconoscimento dello stato di non autosufficienza (LTC).

Comunque, salvo ritardi addebitabili all'Assicurato nella produzione di ulteriore documentazione, l'intera fase istruttoria, comprensiva dei tempi di cui ai nn.1), 2) e 3) del presente articolo, dalla denuncia da parte dell'Assicurato alla comunicazione da parte dell'Aggiudicatario, non può protrarsi oltre i 120 giorni.

Eventuali ritardi superiori ai 30 giorni saranno considerati "inadempimento grave" ai sensi del precedente articolo 16 (*"Risoluzione del contratto e clausola risolutiva espressa"*).

Nel caso in cui venga riconosciuto lo stato di non autosufficienza ai fini della prestazione LTC, l'Assicurato avrà diritto all'indennità con effetto dal momento della denuncia del sinistro.

Nei casi non in cui non venga riconosciuta la garanzia di LTC, l'Aggiudicatario comunicherà, all'Assicurato e alla Contraente, con lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata, la reiezione dell'istanza a seguito dell'istruttoria specificandone i motivi.

A seguito dell'istanza di revisione presentata dall'Assicurato l'Aggiudicatario è tenuto a riesaminare il caso.

4) In ogni caso, entro 2 mesi dalla richiesta di cui ai punti 1 e 2 che precedono, qualora non sia stato fornito alcun riscontro da parte dell'Assicurato, l'Aggiudicatario si impegna a inviare all'Assicurato stesso una comunicazione con la quale ripropone la propria richiesta.

Trascorso un mese dalla seconda richiesta, qualora anche questa sia rimasta senza riscontro, l'Aggiudicatario

provvederà a chiudere il sinistro senza seguito; rimane in ogni caso ferma la possibilità per l'Assicurato di riaprire il sinistro integrando la richiesta dell'Aggiudicatario.

Nel caso di lunga degenza l'Aggiudicatario si impegna, ferme le tempistiche di gestione di cui sopra, a disporre

la visita ed a fornire riscontro all'Assicurato; in ogni caso, l'Assicurato o i familiari o il tutore/curatore potranno presentare la cartella clinica o, in alternativa, una relazione medica redatta dalla struttura presso cui è ricoverato l'Assicurato da cui si desuma la data d'ingresso ed i motivi che hanno reso necessario il ricovero oltre che le condizioni stesse dell'Assicurato.

L'Aggiudicatario si impegna a fornire, all'atto della stipulazione del contratto, l'elenco dei documenti necessari per l'erogazione della rendita e un fascicolo informativo contenente una guida all'utilizzo del servizio di liquidazione sinistri.

ARTICOLO 34 – EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte dell'Aggiudicatario secondo le condizioni dell'articolo 30 ("*Stato di non autosufficienza*") dà diritto all'Assicurato a richiedere la corresponsione della somma assicurata entro i limiti previsti all'articolo 28 ("*Oggetto dell'assicurazione*"), nella forma di seguito descritta.

Nel caso in cui l'Assicurato deceda prima che lo stato di non autosufficienza sia stato accertato verranno erogate agli eredi le eventuali rate di rendita maturate dalla data di presentazione della denuncia di sinistro fino alla data del decesso.

L'Aggiudicatario corrisponde all'Assicurato, tramite bonifico, una rendita mensile anticipata a decorrere dalla data di denuncia del sinistro.

ARTICOLO 35 – ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

L'Aggiudicatario si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

Se dai suddetti accertamenti dovesse rilevarsi che non sussistano più i presupposti per l'erogazione della prestazione per perdita di autosufficienza, con effetto dalla data della propria richiesta, l'Aggiudicatario previa comunicazione all'Assicurato ed alla Contraente, potrà cessare l'erogazione della prestazione.

Rimane comunque fermo il diritto dell'Assicurato di riproporre successivamente domanda per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dovuto a cause sopravvenute.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni potrà essere sospesa dalla data della richiesta dell'Aggiudicatario.

Durante il periodo di erogazione delle prestazioni, se l'Assicurato esce dallo stato di non autosufficienza è tenuto a darne comunicazione all'Aggiudicatario entro un periodo di 30 giorni. Inoltre, in caso di decesso dell'Assicurato, gli eredi di quest'ultimo dovranno informare l'Aggiudicatario dell'intervenuto decesso dell'Assicurato entro i 30 giorni successivi alla data del decesso stesso. Le eventuali prestazioni riconosciute all'Assicurato, riferite a periodi successivi al decesso, dovranno essere restituite all'Aggiudicatario.

ARTICOLO 36 – RISCHI ESCLUSI

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico;
- b) di alcolismo acuto o cronico;
- c) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- d) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x o isotopi radioattivi;
- e) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a corse e incontri sportivi (e relative prove ed allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionistico.

SEZIONE IV

COPERTURA ASSICURATIVA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE E SANITARIE – POLIZZA BASE

ARTICOLO 37 – DEFINIZIONI SPECIFICHE

Ad integrazione di quanto previsto all'articolo 1, per quanto contenuto nella presente sezione si adottano le seguenti definizioni:

Assicurati: Per quanto previsto nella presente sezione, sono assicurati, oltre ai dipendenti degli Enti Pubblici aderenti ad ASDEP, anche i familiari fiscalmente a carico dei dipendenti, intesi come coniuge e figli conviventi e risultanti dallo stato di famiglia.

Assistenza infermieristica: l'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.

Atto violento: attacco alla persona all'interno del territorio nazionale italiano, purché l'assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria.

Day Hospital: la degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

Day Surgery: la degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno per intervento chirurgico o anche per procedure diagnostiche e/o terapeutiche.

Difetto fisico preesistente: l'alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della polizza possa essere diagnosticata clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale).

Franchigia: per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico

dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Grande intervento chirurgico: gli interventi chirurgici di cui all'allegato F del presente capitolato.

Indennizzo: la somma dovuta dall'Aggiudicatario in caso di sinistro.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

Istituto di cura: ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

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

Malattia oncologica: ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Massimale: la somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'Assicurato, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

Nucleo familiare: i familiari dell'Assicurato fiscalmente a carico.

Ricovero: la degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Scoperto: la somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

ARTICOLO 38 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La copertura assicurativa per il Rimborso Spese Mediche Ospedaliere (RSMO) per i dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP ed i loro familiari fiscalmente a carico, di cui alla presente sezione, ricomprende il rimborso, in forma diretta o indiretta, delle spese sanitarie sostenute in caso di:

- *intervento chirurgico, parto cesareo e non cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, day-surgery o ambulatorio, presso struttura convenzionata, con medici in convenzione ovvero con medici non convenzionati, presso struttura pubblica, con utilizzo delle attività libero*

professionali dei medici in regime intramurario;

- *ricovero in istituto di cura o in regime di day-hospital che non comporti intervento chirurgico, presso struttura convenzionata, con medici in convenzione ovvero con medici non convenzionati, presso struttura pubblica, con utilizzo delle attività libero professionali dei medici in regime intramurario;*

- ricovero presso strutture non convenzionate o presso strutture estere secondo quanto previsto dalla presente sezione;
- prestazioni mediche e sanitarie pre e post ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale;
- “altre spese” e “indennità sostitutiva” e “ricoveri ospedalieri per malattie mentali”, come dettagliate ai punti 4), 5) e 6) del successivo art. 43;
- prestazioni diagnostiche e terapeutiche, di cui all'allegato F;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- cure prolungate post diagnosi (malattie oncologiche, insufficienza renale, ictus cerebrale),
- cure dentarie, protesi ed interventi di implantologia da infortunio;
- tutte le ulteriori prestazioni previste nella presente Sezione.

L'Aggiudicatario si impegna a fornire, all'atto della stipulazione del contratto, un fascicolo informativo contenente una guida alle prestazioni e alla liquidazione dei rimborsi e degli indennizzi della presente sezione.

ARTICOLO 39 – PREMIO

Il premio annuo *pro capite* a base d'asta è stabilito in € 265,23 per ogni nucleo familiare fiscalmente a carico.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde al 100% del premio annuo per il primo semestre e al 50% del premio annuo per il secondo semestre.

ARTICOLO 40 – LIMITI DI ETÀ/PERMANENZA IN ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni. Per quelle che superano tale limite di età l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio, salvo che non sia nel frattempo intervenuto patto speciale.

ARTICOLO 41 – ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- d) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 6° anno di età.
- f) le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo), ad eccezione di quelli effettuati in caso di anisometropia superiore a 4 diottrie, o deficit visivo, anche di un singolo occhio, pari o superiore a 8 diottrie;
- g) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- h) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- j) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da infortunio, intervento demolitivo o malattia indennizzabili a termini di polizza indipendentemente dalla data di accadimento dell'infortunio o di esecuzione dell'intervento ovvero di insorgenza o diagnosi della malattia;

- k) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del parodonto, gli interventi pre-protesici e di implantologia, salvo le specifiche deroghe di cui all'articolo 44, punti 5) e 6).
- l) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- m) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- n) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

ARTICOLO 42 – MALATTIE PREGRESSE, INFORTUNI AVVENUTI, MALATTIE CRONICHE E RECIDIVANTI

Per tutti i dipendenti assicurati ed i componenti del relativo nucleo familiare a carico sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte, ovvero gli infortuni avvenuti, anteriormente alla data di adesione, nonché le malattie croniche e recidivanti.

ARTICOLO 43 – PRESTAZIONI IN AREA RICOVERO

L'Aggiudicatario garantisce il pagamento delle seguenti spese, sostenute nel periodo assicurativo dagli assicurati e dai rispettivi nuclei familiari, a seguito di malattia e/o infortunio, per un massimale annuo pari a € 350.000,00, raddoppiato in caso di ricovero per Grande Intervento Chirurgico di cui all'allegato E.

1) Spese ospedaliere e chirurgiche

L'Aggiudicatario rimborsa le spese sostenute:

1.1) in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, day-surgery o ambulatorio medico per:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, dispositivi medici, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il *day hospital* o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza, con il limite giornaliero di € 750,00 + 50% dell'eccedenza al dì, aumentato ad € 1.000,00 + 50% dell'eccedenza al dì per le degenze nei reparti di terapia intensiva e subintensiva. Tali limiti si applicano solo in caso di prestazioni non effettuate in regime di convenzionamento.
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza.

1.2) in caso di ricovero in istituto di cura o in regime di day-hospital che non comporti intervento chirurgico per:

- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il *day-hospital*;
- rette di degenza, con il limite giornaliero di € 750,00 + 50% dell'eccedenza al dì, aumentato ad € 1.000,00 + 50% dell'eccedenza al dì per le degenze nei reparti di terapia intensiva e sub-intensiva. Tali limiti si applicano solo in caso di prestazioni non effettuate in regime di convenzionamento.

Le spese di cui al presente articolo, punto 1, vengono liquidate come di seguito descritto:

a) in caso di utilizzo di **struttura convenzionata e medici convenzionati** con l'Aggiudicatario quest'ultimo provvederà a liquidare direttamente le spese relative alla struttura e ai medici, ad eccezione delle franchigie di seguito descritte, che l'Assicurato dovrà versare direttamente alla struttura utilizzata:

- ricoveri con intervento chirurgico: scoperto del 19% con un minimo di € 250,00 e un massimo di € 2.400,00, che resta a carico dell'Assicurato.
- ricoveri senza intervento chirurgico: scoperto del 19% con un minimo di € 0,00 e un massimo di € 1.800,00, che resta a carico dell'Assicurato;
- day-hospital/day surgery con o senza intervento chirurgico: scoperto del 10% con un minimo di € 150,00 e un massimo di € 750,00, che resta a carico dell'Assicurato;

- intervento chirurgico ambulatoriale: franchigia complessiva di 150 €, che dovrà essere pagata direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria;

b) in caso di utilizzo di **struttura convenzionata e medici non convenzionati** con l'Aggiudicatario, quest'ultimo provvederà a liquidare direttamente le spese di competenza della struttura, ad eccezione della franchigia di cui sopra. Gli onorari medici e ogni altra spesa inerente prestazioni utilizzate/effettuate al di fuori del convenzionamento, saranno rimborsati dall'Aggiudicatario con uno scoperto del 30% ed un minimo di € 300,00 ;

c) in caso di **ricovero** (con o senza intervento chirurgico) **a carico del Servizio Sanitario Nazionale**, presso struttura del S.S.N. o da esso accreditata in forma di assistenza diretta, le spese per il trattamento alberghiero e per ticket sanitari verranno rimborsate integralmente dall'Aggiudicatario, nel limite del massimale Assicurato, senza applicazione di franchigie. In questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva;

d) in caso di **ricovero** (con o senza intervento chirurgico) presso una struttura pubblica **con utilizzo delle attività libero professionali dei medici in regime intramurario**, l'Aggiudicatario rimborserà le spese della struttura, gli onorari medici e ogni altra spesa inerente prestazioni utilizzate/effettuate al di fuori del convenzionamento con uno scoperto del 30% ed un minimo di € 300,00, a prescindere dalla presenza nel comune di residenza dell'Assicurato di Strutture specializzate nello specifico ambito di intervento;

e) in caso di utilizzo di **strutture non convenzionate per l'assenza**, nella Provincia di domicilio dell'Assicurato, **di una struttura sanitaria convenzionata o di reparti e medici specializzati** alla cura o all'esecuzione dell'intervento, per la patologia/infortunio per i quali si rende necessario il ricovero/day-hospital/day-surgery/intervento ambulatoriale, l'Aggiudicatario provvederà a rimborsare le spese di competenza della struttura, gli onorari medici e ogni altra spesa inerente prestazioni utilizzate/effettuate al di fuori del convenzionamento con uno scoperto del 30%;

f) ricovero presso **strutture estere**. In tal caso, l'Aggiudicatario provvederà a rimborsare le spese di competenza della struttura, gli onorari medici ovvero ogni altra spesa inerente prestazioni utilizzate/effettuate con uno scoperto del 10% con minimo di € 1.000,00;

g) in caso di **parto cesareo**, effettuato sia in struttura convenzionata sia non convenzionata, il limite massimo di rimborso sarà pari ad € 7.000,00 per evento e verrà calcolato senza applicazione di alcuna franchigia; le prestazioni si intendono prestate anche per il nascituro fermo restando il massimale unico di € 7.000,00.

2) Prestazioni mediche e sanitarie pre e post ricovero/day-hospital/day-surgery/intervento ambulatoriale

In aggiunta a quanto previsto al punto 1 (*"Spese ospedaliere e chirurgiche"*), l'Aggiudicatario, rimborsa le spese sostenute per:

a) esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti

l'intervento chirurgico o il ricovero/day-hospital/day-surgery in istituto di cura e ad essi correlati;

b) esami e visite specialistiche, medicine, preparati galenici e medicinali omeopatici, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 550 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero e ad essi correlati.

Il rimborso delle spese di cui ai punti a) e b) avverrà previa applicazione di uno scoperto del 20% - con minimo di € 50,00 -, ad eccezione dei ticket sanitari che verranno interamente rimborsati dall'Aggiudicatario.

Nel caso di ricovero/day-hospital/day-surgery/intervento ambulatoriale effettuato in strutture non convenzionate, il rimborso delle spese per accertamenti pre e post ricovero verrà effettuato nell'ambito del sottomassimale complessivo di € 100.000, 00 di cui al punto 1) - raddoppiato in caso di Grande Intervento Chirurgico di cui all'allegato E.

3) Parto non cesareo

In caso di parto non cesareo l'Aggiudicatario rimborsa, nel limite massimo di € 3.000,00 per evento, senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto, le spese sostenute per:

- rette di degenza, onorari medici, assistenza infermieristica, cure, medicinali, esami e accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero anche per il nascituro.

Tale prestazione non potrà essere effettuata attivando il servizio di convenzionamento diretto, pertanto, l'Assicurato dovrà provvedere a saldare direttamente le spese sostenute e successivamente a presentare la richiesta di rimborso all'Aggiudicatario.

La suddetta garanzia opera anche in caso di parto domiciliare per le spese sopra indicate sostenute nel giorno del parto e nei primi 5 giorni successivi.

4) Altre spese

In aggiunta a quanto previsto alle lettere a) e b) del punto 2), l'Aggiudicatario rimborsa le spese sostenute per:

- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 50,00 e con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, con mezzi idonei al trasporto del malato, ovvero mezzi adeguatamente attrezzati date le condizioni del malato stesso (oltre all'ambulanza, l'eliambulanza, le squadre di soccorso e l'unità coronaria mobile), con conseguente esclusione dei mezzi di proprietà e quelli utilizzati per il trasporto ordinario col massimo di € 5.000,00 per annualità assicurativa.

5) Indennità sostitutiva.

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso all'Aggiudicatario, né per il ricovero (totale o parziale) né per altra prestazione sanitaria ad esso connessa (ad eccezione degli accertamenti pre e post ricovero di cui sotto), l'Aggiudicatario corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio, del parto o dell'aborto terapeutico.

L'indennità sarà pari ad € 50,00 e verrà erogata per ogni giorno di ricovero in istituto di cura e previa applicazione di una franchigia di un giorno nel caso di ricovero senza intervento chirurgico (escluso il parto fisiologico). La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come una unica giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e quella della dimissione.

Nel caso di day-hospital e day-surgery l'indennità corrisposta sarà diminuita del 50%.

L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra le eventuali spese per prestazioni mediche e sanitarie collegate al ricovero/day-hospital o day-surgery così come previste dalle lettere a) e b) del punto 2) saranno oggetto di rimborso da parte dell'Aggiudicatario a termini di contratto.

6) Ricoveri ospedalieri per malattie mentali.

A parziale deroga di quanto previsto all'articolo 41 ("*Esclusioni*", lettera g), in caso di ricovero presso strutture sanitarie pubbliche e/o private e day-hospital dovuti a malattie mentali e disturbi psichici in genere (compresi i comportamenti nevrotici), l'Aggiudicatario rimborsa le spese previste al punto 1), 2), 4) del presente articolo, fermi restando franchigie e scoperti applicabili ai sensi di polizza.

ARTICOLO 44 – PRESTAZIONI IN AREA EXTRARICOVERO

L'Aggiudicatario garantisce altresì il pagamento delle spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche, anche se non collegate a ricovero.

1) Alta diagnostica e terapeutica

Per le prestazioni di alta diagnostica e terapeutica di cui all'allegato F è previsto un massimale di € 350.000,00 per annualità assicurativa.

In caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con l'Aggiudicatario, questi provvederà al pagamento diretto delle spese relative alla prestazione effettuata, previa applicazione di uno scoperto del 0,01% con un minimo di € 50,00 o eventuale migliore offerta come indicato nell'offerta tecnica dell'Aggiudicatario, che dovrà essere pagato direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria.

In caso di utilizzo di **strutture non convenzionate** con l'Aggiudicatario, questi assicurerà il rimborso delle spese relative alla prestazione effettuata, previa applicazione di uno scoperto del 0,01% con un minimo di € 80,00, che resta a carico dell'Assicurato; lo scoperto non si applica nel caso in cui l'Assicurato chiedi il rimborso del solo ticket sostenuto per le prestazioni.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della certificazione medica indicante la diagnosi/quesito diagnostico relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica.

2) Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche

Per le altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche di cui all'allegato F è previsto un massimale di € 3.000,00 per annualità assicurativa.

In caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con l'Aggiudicatario, questo provvederà al pagamento diretto delle spese relative alla prestazione effettuata, salva la franchigia di € 50,00 - che dovrà essere pagata direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria.

In caso di utilizzo di **strutture non convenzionate** con l'Aggiudicatario, questi provvederà al rimborso all'Assicurato delle spese relative alla prestazione effettuata, salvo uno scoperto del 0,01% con un minimo di € 100,00, che resta a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato chieda il **rimborso del solo ticket** sostenuto per le prestazioni, l'Aggiudicatario provvederà al rimborso della spesa sostenuta senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della certificazione medica indicante la diagnosi/quesito diagnostico relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica.

3) Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Entro il limite anno/nucleo di € 1.000,00, inteso come importo richiesto, l'Aggiudicatario rimborsa anche le

spese per trattamenti fisioterapici e riabilitativi prescritti dal medico specialista **a seguito di malattia e/o infortunio**.

In caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con l'Aggiudicatario, questo provvederà al pagamento diretto

delle spese relative alla prestazione effettuata, salvo la franchigia di € 15,00, o eventuale migliore offerta come indicato nell'offerta tecnica dell'Aggiudicatario, per ciascuna seduta (ogni seduta potrà includere fino ad un massimo di tre trattamenti). Inoltre, nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le prestazioni, l'Aggiudicatario provvederà al rimborso della spesa sostenuta senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

In caso di utilizzo di **strutture non convenzionate** con l'Aggiudicatario, questi provvederà al rimborso delle

spese sostenute relative alla prestazione effettuata, salva la franchigia di € 25,00, o eventuale migliore offerta

come indicato nell'offerta tecnica dell'Aggiudicatario, per ciascuna seduta che rimarrà a carico dell'Assicurato

(ogni seduta potrà includere fino ad un massimo di tre trattamenti).

4) Cure prolungate post diagnosi

In caso di diagnosi di uno dei seguenti gravi stati patologici:

- malattia oncologica maligna;
- insufficienza renale;
- ictus cerebrale.

L'Aggiudicatario rimborsa le spese sostenute **entro un anno** dalla prima diagnosi, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie fino a concorrenza della somma di **€ 2.500,00** per evento.

5) Protesi dentarie ed interventi di implantologia da infortunio

L'Aggiudicatario rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di **€ 4.000,00** per nucleo familiare e per anno assicurativo, le spese sostenute e documentate per la fornitura di protesi dentarie ed interventi di implantologia resi necessari da infortunio, certificato da referto del pronto soccorso, con il limite di **€ 800,00** per ogni elemento di protesi dentaria.

6) Cure dentarie da infortunio

L'Aggiudicatario rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di **€ 3.000,00** per nucleo familiare e per anno assicurativo, le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessario da infortunio, certificato da referto di pronto soccorso.

ARTICOLO 45 – SOMME ASSICURATE/SCOPERTO E FRANCHIGIA

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza della relativa somma assicurata.

Tale somma deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa per nucleo familiare in base a quanto indicato in polizza.

Il rimborso delle spese avviene per ciascuna garanzia previa eventuale applicazione dello scoperto e della franchigia indicati.

Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro l'Aggiudicatario indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato e indennizzabili a termini di contratto.

Qualora l'Assicurato abbia già richiesto il rimborso delle spese sostenute ad altro Ente assistenziale o Compagnia Assicuratrice, oltre alla documentazione indicata all'articolo 47 (*"Criteri di liquidazione"*), commi 1 e 2, dovrà anche presentare copia del documento comprovante il rimborso ottenuto dai predetti enti. In questo caso, il rimborso effettuato dai predetti, Ente Assistenziale o Assicuratore, verrà portato in deduzione dell'importo di scoperto/franchigia posto a carico dell'Assicurato ed indicato alle specifiche garanzie della presente sezione. Nel caso in cui il rimborso, ottenuto in primo luogo da altro Ente assistenziale o Compagnia Assicuratrice, sia pari o superiore all'importo dello scoperto/franchigia previsto dalle garanzie indicate nella presente sezione, viene rimborsata integralmente la differenza tra il totale delle spese sostenute e l'importo rimborsato dall'Ente e Compagnia fino a concorrenza del massimale previsto.

Quanto previsto al comma che precede si applica anche nel caso in cui l'Assicurato abbia diritto alle prestazioni previste dal presente contratto in qualità sia di capo nucleo sia di componente del nucleo familiare (ad esempio: dipendente assicurato coniuge di altro dipendente assicurato) ovvero, quale componente del nucleo familiare facente capo a due capo nuclei distinti (ad esempio: familiare di due dipendenti entrambi assicurati).

ARTICOLO 46 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

1) presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria

documentazione medica, inclusa copia conforme della cartella clinica completa;

2) acconsentire alla visita dei medici inviati dall'Aggiudicatario e a qualsiasi indagine che questi ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del cod.civ.

ARTICOLO 47 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE

L'Aggiudicatario effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle copie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate; l'Aggiudicatario, peraltro, potrà all'occorrenza richiedere all'Assicurato la presentazione degli originali di spesa al fine di effettuare opportuni controlli.

In aggiunta a quanto sopra, ai fini del rimborso, l'Assicurato dovrà trasmettere all'Aggiudicatario idonea documentazione medica che indichi la patologia, certa o presunta, ovvero infortunio cui si riferiscono le prestazioni sanitarie e le cure effettuate. In caso di ricovero, anche ai fini della corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, dovrà essere trasmessa copia conforme della cartella clinica e, nelle ipotesi di day hospital / day surgery / day service, nel caso in cui la struttura non rilasci cartella clinica, potrà essere prodotto in alternativa un certificato di degenza.

L'Aggiudicatario, per ciascun sinistro denunciato, al termine della propria gestione invia all'Assicurato una

comunicazione nella quale sono indicate le modalità seguite per effettuare la liquidazione ovvero i motivi del mancato rimborso.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

ARTICOLO 48 – TEMPI E MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

L'Aggiudicatario provvede alla liquidazione di quanto dovuto all'Assicurato entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa da parte dell'Assicurato.

Per ogni giorno di ritardo nella liquidazione del sinistro rispetto al termine del precedente comma, l'Aggiudicatario è tenuto al pagamento di una penale a titolo risarcitorio commisurata agli interessi moratori sull'importo liquidato ai sensi dell'art. 1284, comma 1, del Codice civile, maggiorati del 5% in ragione mensile, a favore dell'Assicurato.

Nel caso di richieste di rimborso non complete, l'Aggiudicatario provvede immediatamente ad informare l'Assicurato, comunque non oltre 30 giorni dal ricevimento della pratica, indicando la documentazione necessaria per il completamento dell'istruttoria della richiesta di rimborso. I 30 giorni necessari per il rimborso decorreranno dalla nuova data di ricevimento della documentazione completa.

L'Aggiudicatario provvede alla liquidazione al caponucleo, anche nel caso in cui le prestazioni si riferiscano ai componenti del nucleo familiare, tramite bonifico oppure, in mancanza di conto corrente, tramite assegno bancario.

L'Aggiudicatario e la Contraente si impegnano a concordare e redigere, al momento della stipulazione del contratto, un protocollo di gestione sinistri nel quale verranno meglio disciplinate le procedure operative in applicazione della presente convenzione. Su tale presupposto, l'Aggiudicatario si impegna a fornire un fascicolo informativo contenente una guida all'utilizzo del servizio di liquidazione sinistri e di utilizzo della rete di strutture convenzionate.

L'Aggiudicatario, inoltre, metterà a disposizione degli assicurati un accesso *on line* al proprio sistema informatico gestionale per la consultazione dei sinistri gestiti, delle liquidazioni e delle certificazioni annuali riepilogative degli importi richiesti e rimborsati. Tali certificazioni dovranno essere disponibili a decorrere dal

1° marzo dell'anno di riferimento.

L'Aggiudicatario individuerà, preventivamente, ex Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (*"Codice in materia di Protezione dei Dati Personali"*), il responsabile del trattamento dei dati personali e dell'accesso protetto e riservato da parte degli assicurati, che dovrà avvenire nel rispetto della normativa vigente.

ARTICOLO 49 – RETE CONVENZIONATA, SERVIZI DELLA CENTRALE OPERATIVA, PORTALE

L'Aggiudicatario ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati nei quali gli Assicurati possono ricoverarsi con costi sostenuti direttamente dall'Aggiudicatario, ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa.

La rete convenzionata si compone delle seguenti tipologie di Strutture sanitarie:

1 policlinici universitari, ospedali, case di cura e I.R.C.C.S. (Istituti di Ricerca Cura a Carattere Scientifico) in Italia, abilitati in base ai requisiti di legge al ricovero con pernottamento, nel numero minimo di 200, nella

quale sono impiegati medici convenzionati, secondo la dislocazione territoriale ed il numero dei medici convenzionati, nel numero minimo di 10.000, così come indicati nell'allegato G.

2 centri medici (poliambulatori, centri diagnostici e fisioterapici) in Italia, non abilitati al ricovero con pernottamento, nel numero minimo di 500, secondo la dislocazione territoriale indicata nell'allegato H. Con riferimento al punto 1, l'apprezzamento riguarderà il numero complessivo di policlinici universitari, ospedali, case di cura e il numero di I.R.C.C.S che l'Aggiudicatario si impegna a mettere a disposizione.

L'Aggiudicatario dovrà garantire la pubblicizzazione e l'aggiornamento dell'elenco delle strutture e dei medici

in convenzione, fornendo i relativi dati all'ASDEP e pubblicando gli stessi anche sul proprio sito.

Per aver diritto al servizio di pagamento diretto per i ricoveri (con o senza intervento), *day/hospital, day surgery, day service* ed interventi ambulatoriali, è necessario attivare la Centrale Operativa possibilmente entro 5 giorni lavorativi prima della data della prestazione, al fine di verificare il convenzionamento della struttura prescelta e dell'equipe medica nonché l'ammissibilità della prestazione rispetto a quanto previsto dal contratto.

La Centrale Operativa provvede al contatto telefonico e via e-mail con gli assicurati, anche prevedendo un canale di comunicazione dedicato per le richieste di prestazioni all'estero, e osserva il seguente orario:
lunedì

– sabato ore 9.00-20.00.

La Centrale operativa organizza le prestazioni garantite dal presente capitolato fornendo assistenza ed informazioni agli Assicurati attraverso almeno 10 operatori e un'unità peritale costituita da almeno 8 medici.

L'Aggiudicatario è tenuto a fornire le statistiche delle chiamate pervenute alla Centrale operativa, relative alle richieste delle prestazioni e/o di assistenza con cadenza annuale.

La Centrale Operativa si impegna a fornire all'Assicurato conferma della prestazione telefonicamente, via sms o per e-mail entro due giorni lavorativi dall'attivazione, e comunque entro due giorni dalla data in cui risulta programmata la prestazione.

Nei casi di urgenza l'Aggiudicatario si impegna ad autorizzare la prestazione entro 24 ore dalla richiesta.

Per aver diritto al servizio di pagamento diretto per le prestazioni extraricovero (Alta diagnostica e prestazioni terapeutiche e altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche) è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 2 giorni lavorativi prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura nonché l'ammissibilità della prestazione rispetto a quanto previsto dal contratto. In questo caso, la Centrale Operativa si impegna ad avvisare l'Assicurato, entro il giorno lavorativo successivo a quello dell'attivazione, solo nel caso di negazione della prestazione. **In assenza di avviso da parte della Centrale Operativa la prestazione si intenderà attivata.**

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della patologia, accertata o presunta, e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

L'Aggiudicatario si impegna a rendere disponibile la propria rete di convenzionamento per consentire agli assicurati di fruire delle condizioni tariffarie agevolate, per le prestazioni non coperte dalla presente convenzione.

L'Aggiudicatario dovrà mettere a disposizione degli Assicurati un portale web per l'invio delle richieste di rimborso e della documentazione sanitaria.

Il portale web:

- deve essere disponibile tutti i giorni dell'anno senza limiti di orario e senza limiti alle funzionalità;
- deve essere accessibile attraverso i più diffusi browser per la navigazione internet (anche a mezzo app dedicata se prevista);
- deve garantire la funzionalità di gestione avanzata e in sicurezza delle credenziali di accesso (cambio password al primo accesso, recupero username e password etc.);
- deve garantire la semplicità di accesso e d'uso con idonei contenuti informativi per ciascuna tipologia di rimborso;
- deve garantire la possibilità di effettuare l'upload dei documenti giustificativi delle spese.

Per quanto riguarda il trattamento dei Dati Personali, il portale deve essere conforme alla normativa di riferimento, in particolare al d. lgs. n. 196/2003, novellato dal d. lgs. n. 101/2018, unitamente al Regolamento

UE 27 aprile 2016, n. 679 (c.d. "GDPR").

ARTICOLO 50 - INDENNITÀ DA RICOVERO A SEGUITO DI ATTI VIOLENTI

In caso di ricovero con pernottamento, comportante la permanenza nella struttura di cura pubblica o privata

di almeno 5 giorni continuativi o almeno dieci giorni non continuativi, conseguente ad atti violenti (incluso terrorismo e avvelenamento), l'Aggiudicatario corrisponderà, a condizione che l'evento sia avvenuto durante lo svolgimento dell'attività professionale, un indennizzo forfettario pari al 50% dell'importo calcolato come

segue: retribuzione annua lorda dell'assicurato aumentata degli oneri contributivi a carico del datore di lavoro (costo azienda). In caso di decesso successivo al ricovero, si procederà all'indennizzo anche qualora non siano decorsi i termini temporali del ricovero riportati al precedente capoverso.

La garanzia opera a favore unicamente del caponucleo.

Il sinistro deve essere denunciato dalla Contraente o dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto all'Aggiudicatario

non appena ve ne sia la possibilità, come previsto dall'art. 1913 del Codice Civile. La denuncia del sinistro deve contenere il luogo, il giorno e l'ora dell'evento, le cause che hanno determinato il ricovero, il verbale delle autorità che sono intervenute a seguito di atto violento e il certificato di ricovero. Alle dimissioni l'Assicurato o i suoi aventi diritto dovranno inviare all'Aggiudicatario, la copia conforme completa della cartella clinica.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni conseguenti:

- 1) alla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove;
- 2) all'esercizio di tutte le discipline sportive e ginnastica in genere quali ad esempio: alpinismo con scalata di rocce o di ghiacciai, free climbing, salti dal trampolino con sci od idro sci, sci acrobatico, sci, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), immersione con autorespiratore, speleologia, calcio, rugby, ciclismo, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere (compreso deltaplani e ultraleggeri);
- 3) a stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore;
- 4) all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- 5) a delitti dolosi o atti temerari dell'Assicurato, restando coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà se avvenuti sul territorio nazionale italiano;
- 6) all'inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni e terremoti;
- 7) alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 8) alle conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- 9) alle conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo all'esterno dello stato italiano;
- 10) agli eventi che comportano radiocontaminazioni;
- 11) alle operazioni militari;
- 12) incidenti stradali;
- 13) disturbi psichici in genere;

Il limite di indennizzo per tale garanzia viene fissato in € 300.000,00 per ciascuna annualità assicurativa.

SEZIONE V

ADESIONE VOLONTARIA ALLA COPERTURA ASSICURATIVA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE E SANITARIE (RSMO) E POLIZZE INTEGRATIVE AL PIANO BASE (RSMO)

ARTICOLO 51 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente Sezione disciplina le coperture assicurative attivate su base volontaria:

- a) a favore di specifiche categorie di soggetti (familiari non a carico dei dipendenti e pensionati, superstiti del dipendente degli Enti aderenti, pensionati e familiari fiscalmente a carico, componenti degli organi Statutari degli Enti aderenti alla Contraente e membri direttivi dei medesimi Enti, dirigenti degli Enti Aderenti alla Contraente, non già iscritti in forma collettiva dal proprio Ente, dipendenti degli Enti aderenti alla Contraente ai quali non si applica l'articolo 46 del CCNL 1994- 1997,) per la fruizione delle prestazioni di cui alla Sezione IV – RSMO – con le eccezioni di cui al successivo art. 53 (*"Esclusioni riferite all'adesione volontaria"*);
- b) a favore dei dipendenti degli Enti aderenti alla Contraente per l'attivazione di copertura assicurativa

integrativa rispetto a quanto previsto dal piano base, come disciplinato alla predetta Sezione IV, con le modalità di cui al successivo art. 54 (*"Copertura assicurativa integrativa RSMO"*); di cui si fornisce nell'allegato I prospetto di adesione nell'anno corrente.

L'Aggiudicatario si impegna a fornire, all'atto della stipulazione del contratto, un fascicolo informativo contenente una guida alle prestazioni e alla liquidazione dei rimborsi.

ARTICOLO 52 – PREMIO POLIZZE ASSICURATIVE SU BASE VOLONTARIA

La copertura assicurativa di cui al precedente punto a) può essere attivata dalle seguenti categorie di soggetti previo versamento del relativo premio come sotto riportato:

Categoria	Premio annuo per nucleo fiscale o pro capite	Premio aggiuntivo o per il familiare non carico
1) Familiari non a carico del dipendente	—	1.218,78 per ciascun familiare
2) Pensionati con età inferiore ai 70 anni e superstiti del dipendente degli Enti aderenti	2.357,64	1.278,72
3) Pensionati con età uguale o superiore ai 70 anni	2.837,16	1.768,23
4) Componenti degli organi Statutari degli Enti	2.067,93	1.278,72
5) Dirigenti degli Enti Aderenti ad ASDEP, non già iscritti in forma collettiva dal proprio Ente	2.067,93	1.278,72
6) Co.Co.Co./Pro	2.067,93	1.278,72

Il mancato rinnovo ad ogni scadenza annuale della copertura assicurativa comporta l'impossibilità di poter richiedere, per le annualità successive, una nuova attivazione della copertura stessa. La clausola di esclusione non opera:

- qualora il mancato rinnovo riguardi le coperture assicurative previste nell'ambito di contratti precedenti. Per i pensionati, è, comunque, necessario che vi sia stata continuità di copertura rispetto all'ultima annualità nella quale gli stessi risultavano assicurati quali dipendenti in servizio;
- per la categoria di cui al n. 1) - familiari non a carico del dipendente - , qualora il familiare in questione sia rientrato a far parte del nucleo familiare fiscalmente a carico.

Per coloro che risultino essere stati già assicurati sulla base della convenzione ASDEP scaduta, la presente copertura opera, ad ogni effetto, in continuità con quella scaduta, purché non vi sia soluzione di continuità tra l'estensione alla convenzione scaduta ed il presente capitolato. Ciò si intende valido anche per gli eventuali assicurati nell'ambito della convenzione ASDEP in forza di certificati con scadenza diversa rispetto al 30/06/2022.

ARTICOLO 53 - ESCLUSIONI RIFERITE ALL'ADESIONE VOLONTARIA

Per i soggetti che abbiano aderito volontariamente alla polizza, secondo quanto previsto all'articolo 52

(*“Premio polizze assicurative su base volontaria”*), l'Assicurazione non copre le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima dell'ingresso in copertura. Tale esclusione non opera rispetto ai familiari non a carico, qualora gli stessi fossero già assicurati come familiari a carico e purché vi sia continuità tra la copertura assicurativa precedente e la successiva estensione volontaria.

ARTICOLO 54 – COPERTURA ASSICURATIVA INTEGRATIVA RSMO

Gli assicurati di cui all'articolo 37 (*“Definizioni specifiche”*) ed i rispettivi familiari non fiscalmente a carico, possono aderire al seguente piano integrativo.

1) Visite specialistiche ed esami di laboratorio

L'Aggiudicatario rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per:

- a) onorari dei medici per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione;
- b) analisi di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati.

La presente garanzia è operante fino a concorrenza del massimale per anno/nucleo di € 2.000,00. Per le prestazioni di cui alla lett. a), in caso di utilizzo di strutture convenzionate con pagamento diretto, rimane a carico dell'Assicurato la franchigia € 40,00 per prestazione; in caso di non utilizzo di strutture convenzionate, il rimborso delle spese sostenute e documentate viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ciascuna prestazione del 30% con il minimo di € 80,00; nel caso di utilizzo del S.S.N. il ticket viene rimborsato integralmente. Per le prestazioni di cui alla lett. b) è previsto il solo utilizzo del S.S.N. con rimborso integrale dei ticket.

2) Assistenza infermieristica domiciliare

L'Aggiudicatario rimborsa le spese sostenute, a seguito di ricovero o infortunio certificato da pronto soccorso, per servizi domiciliari infermieristici, prestati da personale fornito di specifico titolo di studio, con il limite di € 25,00 e per un massimo di 60 giorni all'anno per nucleo;

3) Medicina preventiva (valida per il solo capo nucleo)

L'Aggiudicatario provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione, effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate, previa prenotazione: Alanina aminotransferasi, ALY, Aspartato aminotransferasi, AST, Azotemia, Bilirubina totale, Colesterolo HDL, Colesterolo totale, Creatinina, Esame emocromocitometrico e morfologico completo, Fosfatasi alcalina, Gamma GT, Glicemia, GOT, GPT, Protidemia con elettroforesi proteica, Trigliceridi, Tempo di protrombina parziale PTT, Tempo di protrombina PT, Urea, Urine: esame chimico, fisico e microscopico, Feci: ricerca sangue occulto, Elettrocardiogramma, Pap-test, PSA, PSA FREE, PAP, VES, TSH, FT3, FT4. Nel caso di non utilizzo di strutture convenzionate, l'Aggiudicatario rimborsa le spese sostenute nel limite di € 200,00 per anno.

4) Protesi ortopediche ed acustiche

L'Aggiudicatario rimborsa le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici fino a concorrenza del massimale di € 2.000,00 per anno/nucleo e con applicazione di uno scoperto del 25% per prestazione.

5) Prestazioni odontoiatriche

L'Aggiudicatario, a parziale deroga dell'art. 41, lett. K), provvede al pagamento delle spese sostenute per cure, estrazioni e protesi dentarie, effettuate negli studi odontoiatrici convenzionati, nel limite del massimale di € 2.000,00 per anno/nucleo e in base alle percentuali indicate nel piano di rimborso. Si precisa che visita e ablazione del tartaro sono erogate una volta all'anno per persona assicurata.

PRESTAZIONI IN RETE

Visita odontoiatrica 100%

Ablazione del tartaro 100%

Radiografia completa e TC DENTALSCAN 100%

Chirurgia 100%

Endodonzia 50%

Visita emergenza 100%

Implantologia Sottolimito € 450,00
Ortodonzia 50%

6) Medicina preventiva – Check up alternativi in modalità collettiva (valida per il solo titolare)

L'Aggiudicatario, ove abbia espresso adesione in sede di offerta, provvede all'esecuzione delle prestazioni previste all'interno dei pacchetti di prevenzione di cui all'allegato L, effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate, previa prenotazione tramite Centrale operativa, al prezzo di € 89,91 pro capite. L'Ente aderente che intende attivare i check up del presente punto è tenuto al versamento della quota pro capite offerta dall'Aggiudicatario secondo i termini previsti all'art. 7, comma 5, del presente Capitolato. La scelta e l'utilizzo di uno dei pacchetti dovranno avvenire entro l'annualità assicurativa da parte del titolare dipendente dell'Ente aderente.

ARTICOLO 55 – PREMIO PER LA COPERTURA INTEGRATIVA

L'adesione al programma integrativo di cui all'articolo 54 ("Copertura assicurativa integrativa RSMO") da parte dei singoli dipendenti sarà operante per tutti i componenti del nucleo Assicurato ai sensi delle sezioni IV ("Rimborso spese mediche e sanitarie") e V ("Integrativa"), previo versamento del premio annuo di seguito indicato:

- € 359,64 per l'adesione del dipendente e del proprio nucleo composto esclusivamente da familiari fiscalmente a carico;

- € 539,46 per l'adesione del dipendente e del proprio nucleo composto da familiari fiscalmente a carico e non fiscalmente a carico.

Qualora l'adesione al programma integrativo sia fatta dall'Ente per la totalità dei propri dipendenti, il premio annuo è così quantificato:

- € 349,65 per dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico, corrisposto dall'ente;

- € 179,82 per l'adesione aggiuntiva del nucleo composto anche da familiari non fiscalmente a carico, versata dal dipendente.

L'adesione al programma integrativo per i familiari non fiscalmente a carico è operante solo in presenza di adesione volontaria al piano base, previo pagamento del premio previsto all'articolo 52 ("Premio polizze assicurative su base volontaria"), punto 1) familiari non a carico del dipendente.

SEZIONE VI

SUBAPPALTO, PRIVACY E FORO COMPETENTE

ARTICOLO 56 – PRESTAZIONI SUBAPPALTABILI

Non è ammesso il subappalto per le prestazioni assicurativo/assistenziali. Sono attività subappaltabili esclusivamente i servizi svolti dalla centrale operativa di cui all'articolo 49 del presente capitolato tecnico, con le annesse attività amministrative di prenotazioni, nei limiti e con le modalità previste dal Codice.

ARTICOLO 57 – TUTELA DELLA PRIVACY

La Contraente e l'Aggiudicatario si impegnano all'osservanza ed al rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 (Codice della Privacy) e s.m.i. in merito al trattamento dei dati e delle informazioni sensibili relativi agli Assicurati.

L'ASDEP, nella qualità di Titolare del trattamento, nominerà, ai sensi dell'articolo 29 del Codice della Privacy, l'Aggiudicatario responsabile delle operazioni di trattamento dei dati personali effettuate in conseguenza

delle attività svolte nell'esecuzione del contratto.

L'Aggiudicatario, nell'atto di accettazione della nomina, oltre a confermare la diretta ed approfondita conoscenza degli obblighi che si assumerà in relazione al dettato del Codice della Privacy sul trattamento dei dati personali, si atterrà a norma del comma 4 dell'art. 29 del Codice stesso alle seguenti istruzioni:

- 1) il trattamento dei dati avverrà esclusivamente per le attività strettamente necessarie per dare esecuzione al presente contratto, sulla base delle direttive ad essa fornite dalla Contraente con assoluto divieto di utilizzare detti dati per iniziative connesse alla attività assicurativa da essa svolta;
- 2) l'adozione di necessarie misure di sicurezza, sia fisiche che informatiche, dovranno essere idonee a proteggere l'integrità, la conservazione e la riservatezza dei dati, in particolare quella dei dati definiti sensibili dalla legge. In particolare dovranno essere rigorosamente osservate le misure minime di sicurezza stabilite dagli articoli 33, 34, 35 e 36 del Codice della Privacy, nonché dall'allegato B a tale decreto "Disciplinare Tecnico in materia di misure minime di sicurezza";
- 3) l'individuazione di coloro che materialmente effettuano le operazioni di trattamento dovrà avvenire a mezzo nomina per iscritto con la qualificazione di "incaricati del trattamento" ai sensi dell'art. 30 del Codice della Privacy contenente le istruzioni appropriate;
- 4) obbligo di far rispettare ai propri incaricati la riservatezza su tutte le informazioni acquisite a seguito del presente mandato. In particolare l'Aggiudicatario dovrà assicurare che i propri dipendenti e collaboratori, i quali operano sotto la propria ed esclusiva responsabilità, osserveranno e faranno osservare la normativa rilevante sia di contratto sia legislativa nonché le istruzioni relative all'incarico ricevuto al fine di adempiere i compiti da essa assunti in base al presente capitolato;
- 5) garantire che gli incaricati siano in possesso di adeguata formazione sugli obblighi imposti dalla legge ed in particolare sulle misure di sicurezza adottate;
- 6) garantire gli adempimenti e le incombenze anche formali verso l'Autorità Garante quando richiesto e nei limiti dovuti, disponendosi a collaborare tempestivamente, per quanto di competenza, sia con ASDEP sia con l'Autorità. In particolare:
 - a) dovrà fornire informazioni sulle operazioni di trattamento svolte;
 - b) dovrà consentire l'effettuazione di controlli da parte della Contraente;l'inesatto adempimento degli obblighi di cui ai precedenti punti a e b configurerà grave inadempimento e sarà oggetto di risoluzione di diritto del contratto e ciò in aggiunta a quanto previsto nell'art. 16.
- 7) la nomina cesserà al termine del contratto.

ARTICOLO 58 – FORO COMPETENTE

Per le controversie tra Contraente e Aggiudicatario il foro è quello di Roma

Per le controversie relativi agli indennizzi e alle rendite del presente capitolato non risolte secondo le procedure ex art. 11 del presente Capitolato, il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

ASDEP non è legittimata a partecipare o intervenire nei giudizi sull'indennizzo e sulle rendite, spettando la relativa legittimazione attiva e passiva solo all'assicurato e alla Compagnia di Assicurazione.

ARTICOLO 59 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto qui non sia diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Allegati A -omissis

Allegati B -omissis

Allegati C - omissis

Allegato D – LTC - Stato di non autosufficienza

Farsi il bagno

1°grado

l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo Punteggio 0

2°grado

l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno Punteggio 5

3°grado

l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno Punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1°grado

l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo Punteggio 0

2°grado

l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo Punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo Punteggio 10

Igiene del corpo

1°grado

l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3);

(1) andare al bagno;

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi;

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno

Punteggio 0

2°grado

l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

Punteggio 5

3°grado

l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3) Punteggio 10

Mobilità

1°grado

l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi Punteggio 0

2°grado

l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto Punteggio 5

3°grado

l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi Punteggio 10

Continenza

1°grado

l'Assistito è completamente continente Punteggio 0

2°grado

l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno Punteggio 5

3°grado

l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiutitecnici come il catetere o la colostomia. Punteggio 10

Bere e mangiare

1°grado

l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti Punteggio 0

2°grado

l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

Punteggio 5

3°grado

l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale

Punteggio 10

Allegato E - Grandi Interventi Chirurgici

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofagoplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- Proctectomy totale
- Derivazioni biodigestive
- Interventi sulla papilla di Vater
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Tumori della trachea
- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati:
 - Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
 - Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
 - Correzione impianto anomalo coronarie
 - Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
 - Correzione canale atrioventricolare completo
 - Finestra aorto-polmonare
 - Correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche di tipo fetale
 - coartazioni aortiche multiple o molto estese
 - stenosi aortiche infundibulari
 - stenosi aortiche sopralvalvolari
 - trilogia di Fallot

tetralogia di Fallot
 atresia della tricuspid
 pervietà interventricolare ipertesa
 pervietà interventricolare con "debanding"
 pervietà interventricolare con insufficienza aortica
 -Sostituzioni valvolari multiple
 -By-pass aortocoronarici multipli
 -Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
 -Interventi di correzione transcateretere dell'insufficienza mitralica mediante tecnica "edge-to-edge"
 con il dispositivo MITRACLIP TM
 -Aneurismi aorta toracica
 -Aneurismi aorta addominale con l'obbligo di by-pass circolatorio
 -Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
 -Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore e gravi infarti
 -Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
 -Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici di interposizione di innesto
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomieli, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale transtoracica
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Megauretere: resezione con sostituzione con ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec; Tikhov-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotonia
- Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti
- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileostomia

- Cistoprostatovescicolectomia con neo vescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neo vescica rettale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Trapianti
- Interventi di chirurgia pediatrica per:
 - Idrocefalo ipersecretivo
 - Polmone cistico e policistico
 - Atresia dell'esofago
 - Fistola dell'esofago
 - Atresia dell'ano semplice; abbassamento addomino-perineale;
 - Atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addominoperineale;
 - Megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
 - Megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
 - Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
 - Trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione)

Allegato F - Prestazioni diagnostiche e terapeutiche

Alta diagnostica e terapeutica:

- Amniocentesi
- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia
- Broncografia
- Cateterismo cardiaco
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistoscopia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Doppler
- Duodenoscopia
- Ecocardiogramma
- Ecocolor Doppler
- Ecodoppler
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Esofagoscopia
- Fluorangiografia oculare

- Galattografia
- Gastrosopia
- Isterosalpingografia
- Holter
- Laserterapia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- MOC
- Pancolonsopia
- PET
- Radioterapia
- Rectosigmoidocolonsopia
- Retinografia
- Rettosopia
- RMN
- Scintigrafia
- SPET
- TAC
- Telecuore
- Terapie radianti
- Tomografia coerenza ottica (oct)
- Uroflussometria
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Villocentesi (oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto)
- Wirsungrafia

Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche

- Agopuntura ed elettroagopuntura (*purché effettuate da medico specialista*)
- Alcolizzazione
- Arteriografia digitale
- Broncosopia
- Colposopia
- Ecografia
- Epiluminescenza
- Logopedia
- Radionefrogramma
- Spirometria semplice e globale
- Microscopia laser confocale

Allegati G -omissis

Allegati H - omissis

Allegato L – Check up alternativi in modalità collettiva

Pacchetti Prevenzione:

Prevenzione Pneumologica
 Prevenzione Cardiovascolare e della Sindrome Metabolica
 Prevenzione Otorinolaringoiatrica
 Prevenzione Donna: Senologica o Ginecologica
 Prevenzione Uomo: Prostatica ed apparato urogenitale
 Prevenzione Dermatologica

1. PACCHETTO PREVENZIONE PNEUMOLOGICA

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in Strutture Convenzionate sul territorio nazionale.

Il pacchetto di prevenzione delle basse vie respiratorie prevede le seguenti prestazioni:

- Visita Pneumologica - Prova Spirometrica
- Monitoraggio incruento della saturazione arteriosa/pulsossimetria

2. PACCHETTO PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in Strutture Convenzionate sul territorio nazionale.

Il pacchetto di prevenzione delle alte vie respiratorie prevede le seguenti prestazioni:

- Visita Otorinolaringoiatrica con valutazione Fibroscopica
- Test Audiometrico

3. PACCHETTO PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E DELLA SINDROME METABOLICA

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in Strutture Convenzionate sul territorio nazionale, previa prenotazione.

Prestazioni previste per uomini e donne

Esame emocromocitometrico completo Glicemia

Creatininemia Colesterolo Totale

Colesterolo HDL Trigliceridi

Alanina aminotransferasi (ALT/GPT) Azotemia (Urea)

Aspartato aminotransferasi (AST/GOT) Gamma GT

Omocisteina Esame delle urine

PCR Elettrocardiogramma di base

Misurazione della pressione arteriosa

- Visita cardiologica

4. PACCHETTO PREVENZIONE DERMATOLOGICA

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in Strutture Convenzionate sul territorio nazionale, previa prenotazione.

Il pacchetto di prevenzione dermatologica, volto a controllare le lesioni nevice e verificare che non ce ne siano di sospette, prevede le seguenti prestazioni:

- Visita Dermatologica - Mappatura Nevi

5. PACCHETTO PREVENZIONE DONNA

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in Strutture Convenzionate sul territorio nazionale.

Il pacchetto di prevenzione donna prevede alternativamente in base all'opzione prescelta, le seguenti prestazioni:

- Prevenzione Senologica: Visita e Mammografia
- Prevenzione Ginecologica: Visita e Pap-test

6. PACCHETTO PREVENZIONE UOMO

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in Strutture Convenzionate sul territorio nazionale.

Il pacchetto di prevenzione uomo prevede le seguenti prestazioni:

- Ricerca Antigene Prostatico Specifico (PSA e PSA Free)
- Visita Urologica

Guida al Piano sanitario

A.S.D.E.P.

ASSISTENZA SANITARIA

DIPENDENTI ENTI PUBBLICI

Edizione 2026

Valida dal 01/07/2026 al 31/12/2026



UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
diverse da ricovero vai su:

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il

**Numero Verde
800-009935**

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

9.00 – 20.00 dal lunedì al sabato, nei giorni feriali

I servizi UniSalute sempre con te!

Scarica gratis l'app UniSalute da App Store e Play Store.



UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

SOMMARIO

SOMMARIO	3
1. BENVENUTO	5
2. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
2.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
2.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	7
2.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
3. SERVIZI ONLINE E MOBILE	9
3.1. Il sito di UniSalute	9
3.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	9
3.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenvenzionate?	10
3.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
3.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	11
3.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
3.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenvenzionate?	12
3.2. L'app di UniSalute	12
3.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	13
3.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenvenzionate?	13
3.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	14
3.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	14
PIANO SANITARIO BASE	16
4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	16
5. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	16
5.1. Ricovero in istituto di cura	17
5.1.1. Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico	17
5.1.1.1. Day-surgery	20
5.1.1.2. Intervento chirurgico ambulatoriale	20
5.1.1.3. Trapianti	21
5.1.2. Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico	21
5.1.2.1. Day-hospital	24
5.1.3. Parto e aborto terapeutico e spontaneo	24
5.1.3.1. Parto cesareo	24
5.1.3.2. Parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo	25
5.1.4. Indennità sostitutiva	25
5.1.5. Trasporto sanitario	26
5.1.6. Ricoveri per malattie mentali	26
5.1.7. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	26
5.2. Indennità da ricovero a seguito di atti violenti (copertura operante per il solo titolare)	27
5.3. Prestazioni in area extraricovero	29
5.3.1. Alta diagnostica e terapeutica	29
5.3.2. Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	31
5.3.3. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	33
5.3.4. Cure prolungate post diagnosi	34
5.3.5. Protesi dentarie ed interventi di implantologia da infortunio	34
5.3.6. Cure dentarie da infortunio	35

5.4.	Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute	35
5.5.	Servizi di consulenza	35
PIANO SANITARIO INTEGRATIVO		38
6.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	38
7.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	38
7.1.	Visite specialistiche ed esami di laboratorio	38
7.2.	Assistenza infermieristica domiciliare	40
7.3.	Medicina preventiva (valida per il solo titolare)	40
7.4.	Protesi ortopediche e acustiche	42
7.5.	Prestazioni odontoiatriche	42
7.6.	Medicina preventiva – check up alternativi (valida per il solo titolare)	43
8.	PREMI	45
8.1.	Estensione della copertura del Piano Base	45
8.1.1.	Esclusioni riferite all'adesione volontaria	46
8.2.	Premi per la copertura Integrativa	47
9.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	48
10.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	49
10.1.	Decorrenza e durata dell'assicurazione	49
10.2.	Inclusioni/esclusioni	49
10.3.	Validità territoriale	50
10.4.	Limiti di età	51
10.5.	Gestione dei documenti di spesa	51
10.6.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	51
10.7.	Foro competente	52
10.8.	Reclami	52
10.9.	Diritto all'oblio oncologico	54
10.10.	Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti	55
10.11.	Informazioni sull'Impresa di Assicurazione	56
11.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	58

1. BENVENUTO

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per l'utilizzo della copertura sanitaria. Ti consigliamo di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che devi utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un'area riservata con **pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 4** della presente Guida.

2. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

2.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it nell'Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.



Prenotazione veloce

Prenota online o su app e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata da UniSalute**, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.

ATTENZIONE:

Per aver diritto al servizio di pagamento diretto per i ricoveri (con o senza intervento), day/hospital, day surgery, day service ed interventi ambulatoriali, è necessario contattare tempestivamente la centrale operativa, e comunque non oltre i 5 giorni lavorativi prima della data della prestazione, per comunicare le informazioni relative all'evento e inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica, permettendo quindi alla Compagnia di verificare il convenzionamento della struttura prescelta e dell'equipe medica nonché l'ammissibilità della prestazione rispetto a quanto previsto dal contratto.

Per aver diritto al servizio di pagamento diretto per le prestazioni extraricovero (Alta diagnostica e prestazioni terapeutiche e altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche) è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 2 giorni lavorativi prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura nonché l'ammissibilità della prestazione rispetto a quanto previsto dal contratto.

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi (vedi garanzia art. 6.3.3): per usufruire del servizio di pagamento diretto presso le strutture sanitarie convenzionate è necessario contattare telefonicamente la Centrale Operativa prima di effettuare le prestazioni (i canali web e app non sono utilizzabili).

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato con UniSalute. Utilizza la **funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it** nell'Area clienti, è comodo e veloce!

2.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

Di seguito trovi indicata la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

UniSalute potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

2.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti. È facile e veloce!



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

3. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

3.1. Il sito di UniSalute

Sul sito **www.unisalute.it** all'interno dell'Area clienti puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento**;
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni** e **inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

3.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito UniSalute.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia username e

password?

Nella home page del sito www.unisalute.it accedi alla funzione "Registrati" e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.

Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

3.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Accedi all'area clienti e accedi **alla funzione "Prenotazione"**.

In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.



Prenotazione veloce

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

3.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi all'area "Aggiorna dati"**. In base alle tue esigenze puoi:

- aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
- comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per

ricevere comodamente sul cellulare o sulla tua e-mail, utili messaggi.



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Ricevi **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; **comunicazione dell'autorizzazione** ad effettuare la prestazione; notifica di ricezione della documentazione per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto rimborso.

3.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'Area clienti, accedi alla sezione **"Rimborsi"** e seleziona la funzione di interesse.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle prestazioni: **invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!**

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

3.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Estratto conto"**.

L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

3.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi all'area "Prestazioni e strutture convenzionate"**.

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

3.2. L'app di UniSalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute;

- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

3.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca “UniSalute Up” per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

Se sei già registrato sul sito www.unisalute.it puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

UniSalute PER TE

Accedi alla sezione PER TE per leggere news e articoli del Blog InSalute: sarai sempre aggiornato sui temi che riguardano la salute e il benessere!

3.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso l'app puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Una volta entrato nell'app compila in modo rapido l'apposito form su **“Prenotazioni”** e visualizza tutti i dettagli relativi alla prenotazione.

Puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata e poi comunicarlo velocemente a UniSalute

In tutti i casi UniSalute verifica in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e ti avvisa immediatamente.

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate. Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

3.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in tre semplici step.

Al termine del caricamento visualizzerai il riepilogo dei dati inseriti per una conferma finale.

3.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.

Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.

Se è necessario inviare ulteriore documentazione per ultimare la valutazione e procedere al rimborso, potrai integrare la pratica con i documenti mancanti semplicemente caricando una foto.

Integra la documentazione mancante

Nella sezione **"concludi"** puoi visualizzare le pratiche non liquidabili per le quali è necessario l'upload di documentazione integrativa.

Puoi inviare i documenti mancanti, chiedendo così lo sblocco della pratica, semplicemente caricando una foto!

PIANO SANITARIO BASE

PIANO SANITARIO BASE

4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

La copertura assicurativa è dedicata ai dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP ed i loro familiari fiscalmente a carico, intesi come coniuge e figli conviventi e risultanti dallo stato di famiglia.

Viene offerta la possibilità di effettuare l'adesione alla copertura assicurativa, su base volontaria, con pagamento del relativo premio, da parte dei seguenti soggetti:

- familiari non fiscalmente a carico dei dipendenti assicurati intesi come coniuge e figli fino a 30 anni, convivente more uxorio, superstiti del dipendente degli enti aderenti;
- pensionati;
- componenti degli organi Statutari degli Enti aderenti ad ASDEP e membri direttivi dei medesimi Enti;
- dirigenti degli Enti aderenti ad ASDEP, non già iscritti in forma collettiva dal proprio Ente;
- dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP ai quali non si applica l'art. 46 del CCNL 1994-1997.

5. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

**Si precisa che tutti i limiti di spesa "annui" di seguito indicati nelle singole garanzie sono stati riparametrati sul periodo di copertura
01/07/2026 – 31/12/2026**

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- ricovero in Istituto di cura;
- day-hospital/day surgery;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni diagnostiche e terapeutiche;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- cure prolungate post diagnosi (malattie oncologiche,

- insufficienza renale, ictus cerebrale);
- cure dentarie, protesi ed interventi di implantologia da infortunio;
- servizi di consulenza.

5.1. Ricovero in istituto di cura

5.1.1. Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Assicurato venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico. La presente copertura è operante esclusivamente in forma rimborsuale.
Intervento chirurgico	Onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, dispositivi medici, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Rette di degenza, con il limite giornaliero di € 750,00 + 50% dell'eccedenza al giorno, aumentato ad € 1.000,00 + 50% dell'eccedenza al giorno per le degenze nei reparti di terapia intensiva e sub-intensiva. Tali limiti si applicano solo in caso di prestazioni non effettuate in regime di convenzionamento

Accompagnatore	Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 50,00 e con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa.
Post-ricovero	Esami e visite specialistiche, medicine, preparati galenici e medicinali omeopatici, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 550 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero e ad essi correlati. La presente copertura è operante esclusivamente in forma rimborsuale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di uno scoperto del **19%** con un minimo non indennizzabile di **€ 250,00**, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione, ed un massimo di **€ 2.400,00**.

➔ Nel caso di **day surgery** le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di uno scoperto del **10%** con un minimo non indennizzabile di **€ 150,00**, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione, ed un massimo di **€ 750,00**.

➔ Nel caso di ***intervento chirurgico ambulatoriale*** le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 150,00**, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le prestazioni vengono rimborsate con l'applicazione di un scoperto del **30%** ed un minimo non indennizzabile di **€ 300,00**, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza" ed "Accompagnatore" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e di medici non convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse ad eccezione dei limiti indicati al punto "In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati", mentre gli onorari medici e ogni altra spesa inerente prestazioni utilizzate/effettuate al di fuori del convenzionamento, saranno rimborsati con uno scoperto del **30%** e l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 300,00**.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e di medici non convenzionati per l'assenza, nella Provincia di domicilio dell'Assicurato, di una struttura sanitaria convenzionata o di reparti e medici specializzati alla cura o all'esecuzione dell'intervento, per la patologia/infortunio per i quali si rende necessario il ricovero/day-surgery/intervento ambulatoriale**

Le prestazioni vengono rimborsate con l'applicazione di un scoperto del **30%**, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza" ed "Accompagnatore" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato durante il ricovero. In questo caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

- **In caso di utilizzo di strutture estere**

Unisalute provvederà a rimborsare le spese di competenza della struttura, gli onorari medici ovvero ogni altra spesa inerente prestazioni utilizzate/effettuate con uno scoperto del **10%** con un minimo di non indennizzabile di **€ 1.000,00**.

Spese pre e post ricovero

Il rimborso delle spese di cui ai punti “Pre-ricovero” e “Post-ricovero” avverrà previa applicazione di uno scoperto del **20%** con minimo di **€ 50,00**, ad eccezione dei ticket sanitari che verranno interamente rimborsati. Il rimborso verrà effettuato nell'ambito di un sottomassimale complessivo di **€ 50.000,00**, raddoppiato in caso di Grande Intervento Chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo “Elenco Grandi Interventi Chirurgici”.

5.1.1.1. Day-surgery

Nel caso di day-surgery (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo “Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico” e “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

Questa copertura non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

5.1.1.2. Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario

provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo “Ricovero in istituto di cura in caso intervento chirurgico” punti “Pre-ricovero”, “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Post-ricovero” e al punto “Trasporto sanitario”, con i relativi limiti in essi indicati.

5.1.1.3. Trapianti

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espanto, cure, medicinali e rette di degenza.

5.1.2. Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Assicurato venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero. La presente copertura è operante esclusivamente in forma rimborsuale.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Rette di degenza, con il limite giornaliero di € 750,00 + 50% dell'eccedenza al giorno, aumentato ad € 1.000,00 + 50% dell'eccedenza al giorno per le degenze nei reparti di terapia intensiva e sub-intensiva. Tali limiti si applicano solo in caso di prestazioni non effettuate in regime di convenzionamento

Accompagnatore	Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 50,00 e con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa.
Post-ricovero	Esami e visite specialistiche, medicine, preparati galenici e medicinali omeopatici, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 550 giorni successivi alla data dell'evento o della dimissione dal ricovero e ad essi correlati. La presente copertura è operante esclusivamente in forma rimborsuale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di uno scoperto del **19%**, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione, ed un massimo di **€ 1.800,00**.

➔ Nel caso di **day hospital** le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di uno scoperto del **10%** con un minimo non indennizzabile di **€ 150,00**, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione, ed un massimo di **€ 750,00**.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le prestazioni vengono rimborsate con l'applicazione di un scoperto del **30%** ed un minimo non indennizzabile di **€ 300,00**, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza" ed "Accompagnatore" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e di medici non convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse ad eccezione dei limiti indicati al punto "In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati", mentre gli onorari medici e ogni altra spesa inerente prestazioni utilizzate/effettuate al di fuori del convenzionamento, saranno rimborsati con uno scoperto del **30%** e l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 300,00**.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e di medici non convenzionati per l'assenza, nella Provincia di domicilio dell'Assicurato, di una struttura sanitaria convenzionata o di reparti e medici specializzati alla cura o all'esecuzione dell'intervento, per la patologia/infortunio per i quali si rende necessario il ricovero/day-hospital**

Le prestazioni vengono rimborsate con l'applicazione di un scoperto del **30%**, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza" ed "Accompagnatore" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato durante il ricovero. In questo caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

- **In caso di utilizzo di strutture estere**

Unisalute provvederà a rimborsare le spese di competenza della struttura, gli onorari medici ovvero ogni altra spesa inerente prestazioni utilizzate/effettuate con uno scoperto del **10%** con un minimo di non indennizzabile di **€ 1.000,00**.

Spese pre e post ricovero

Il rimborso delle spese di cui ai punti “Pre-ricovero” e “Post-ricovero” avverrà previa applicazione di uno scoperto del **20%** con minimo di **€ 50,00**, ad eccezione dei ticket sanitari che verranno interamente rimborsati. Il rimborso verrà effettuato nell’ambito di un sottomassimale complessivo di **€ 50.000,00**, raddoppiato in caso di Grande Intervento Chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo “Elenco Grandi Interventi Chirurgici”.

5.1.2.1. Day-hospital

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo “Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico” e “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

Questa copertura non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

5.1.3. Parto e aborto terapeutico e spontaneo

5.1.3.1. Parto cesareo

In caso di parto cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”, “Accompagnatore”, “Pre-ricovero”, “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 7.000,00** per evento, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura “Trasporto sanitario”. Le prestazioni si intendono prestate anche per il nascituro fermo restando il massimale unico di **€ 7.000,00**.

5.1.3.2. Parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura” punti “Retta di degenza”, “Assistenza medica, medicinali, cure” riguardanti il periodo di ricovero anche per il nascituro, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 3.000,00** per evento, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura “Trasporto sanitario”.

La suddetta copertura opera anche in caso di parto domiciliare per le spese sopra indicate sostenute nel giorno del parto e nei primi **5** giorni successivi.

5.1.4. Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero (totale o parziale) né per altra prestazione ad esso connessa, (ad eccezione degli accertamenti pre e post ricovero di cui sotto) avrà diritto a un'indennità di **€ 50,00** per ogni giorno di ricovero in istituto di cura e previa applicazione di una franchigia di **un giorno** nel caso di ricovero senza intervento chirurgico (escluso il parto fisiologico). La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come una unica giornata, qualunque sia

l'ora del ricovero e quella della dimissione.

➔ Nel caso di day-hospital e day-surgery l'indennità corrisposta sarà diminuita del **50%**.

L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di **100** giorni per annualità assicurativa/nucleo familiare.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra le eventuali spese per prestazioni mediche e sanitarie pre e post ricovero saranno oggetto di rimborso da parte Unisalute.

5.1.5. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, con mezzi idonei al trasporto del malato, ovvero mezzi adeguatamente attrezzati date le condizioni del malato stesso (oltre all'ambulanza, l'eliambulanza, le squadre di soccorso e l'unità coronaria mobile), con conseguente esclusione dei mezzi di proprietà e quelli utilizzati per il trasporto ordinario col massimo di **€ 2.500,00** per annualità assicurativa.

5.1.6. Ricoveri per malattie mentali

A parziale deroga di quanto previsto all'articolo "Casi di non operatività del Piano, lettera g, in caso di ricovero presso strutture sanitarie pubbliche e/o private e day-hospital dovuti a malattie mentali e disturbi psichici in genere (compresi i comportamenti nevrotici), il Piano sanitario rimborsa le spese previste di cui al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato. Per la presente copertura non è prevista l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

5.1.7. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 175.000,00**

per anno associativo e per nucleo familiare. Questo significa che, se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

Nel caso di **Grande Intervento Chirurgico**, intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo "Elenco Grandi Interventi Chirurgici", il limite di spesa annuo suindicato si intende raddoppiato.

5.2. Indennità da ricovero a seguito di atti violenti (copertura operante per il solo titolare)

In caso di ricovero con pernottamento, comportante la permanenza nella struttura di cura pubblica o privata di almeno 5 giorni continuativi o almeno dieci giorni non continuativi, conseguente ad atti violenti (incluso terrorismo e avvelenamento), il Piano sanitario corrisponderà, a condizione che l'evento sia avvenuto durante lo svolgimento dell'attività professionale, un indennizzo forfettario pari al **50%** dell'importo calcolato come segue: retribuzione annua lorda dell'assicurato aumentata degli oneri contributivi a carico del datore di lavoro (costo azienda). In caso di decesso successivo al ricovero, si procederà all'indennizzo anche qualora non siano decorsi i termini temporali del ricovero riportati al precedente capoverso.

La garanzia opera a favore unicamente del caponucleo.

Il sinistro deve essere denunciato dalla Contraente o dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto a Unisalute non appena ve ne sia la possibilità, come previsto dall'art. 1913 del Codice Civile. La denuncia del sinistro deve contenere il luogo, il giorno e l'ora dell'evento, le cause che hanno determinato il ricovero, il verbale delle autorità che sono intervenute a seguito di atto violento e il certificato di ricovero. Alle dimissioni l'Assicurato o i suoi aventi diritto dovranno inviare a Unisalute, la copia conforme completa della cartella clinica.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni conseguenti:

1) alla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove;

- 2) all'esercizio di tutte le discipline sportive e ginnastica in genere quali ad esempio: alpinismo con scalata di rocce o di ghiacciai, free climbing, salti dal trampolino con sci od idro sci, sci acrobatico, sci, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), immersione con autorespiratore, speleologia, calcio, rugby, ciclismo, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere (compreso deltaplani e ultraleggeri);
- 3) a stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore;
- 4) all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- 5) a delitti dolosi o atti temerari dell'Assicurato, restando coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà se avvenuti sul territorio nazionale italiano;
- 6) all'inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni e terremoti;
- 7) alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 8) alle conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- 9) alle conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo all'esterno dello stato italiano;
- 10) agli eventi che comportano radiocontaminazioni;
- 11) alle operazioni militari;
- 12) incidenti stradali;
- 13) disturbi psichici in genere;

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di
€ 150.000,00.**

**(In caso di sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso
atto violento il suddetto importo annuo andrà suddiviso in
relazione al numero delle persone colpite dal sinistro e in
proporzione alle rispettive retribuzioni annue lorde).**

5.3. Prestazioni in area extraricovero

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche, anche se non collegate a ricovero.

5.3.1. Alta diagnostica e terapeutica

- Amniocentesi
- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia
- Broncografia
- Cateterismo cardiaco
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistoscopia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Doppler
- Duodenoscopia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler
- Ecodoppler
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Esofagoscopia
- Fluorangiografia oculare

- Galattografia
- Gastrosopia
- Isterosalpingografia
- Holter
- Laserterapia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- MOC
- Pancolonsopia
- PET
- Radioterapia
- Rectosigmoidocolonsopia
- Retinografia
- Rettoscopia
- RMN
- Scintigrafia
- SPET
- TAC
- Telecuore
- Terapie radianti
- Tomografia coerenza ottica (oct)
- Uroflussometria
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Villocentesi (oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto)
- Wirsungrafia

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di uno scoperto del **0,01%** con un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per

prestazione/ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **0,01%** con un minimo non indennizzabile di **€ 80,00** per prestazione/ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 175.000,00 per nucleo familiare.

5.3.2. Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche

- Agopuntura ed elettroagopuntura (purché effettuate da medico specialista)
- Alcolizzazione
- Arteriografia digitale
- Broncoscopia
- Colposcopia
- Ecografia
- Epiluminescenza
- Logopedia

- Radionefrogramma
- Spirometria semplice e globale
- Microscopia laser confocale

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per prestazione/ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **0,01%** con un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per prestazione/ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.500,00 per nucleo familiare.

5.3.3. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, a seguito di malattia e/o infortunio, sempreché siano prescritte dal medico 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.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di **€ 15,00** per ciascuna seduta (ogni seduta potrà includere fino ad un massimo di **tre** trattamenti). L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del medico specialista contenente la patologia come sopra riportato.

ATTENZIONE: per usufruire del servizio di pagamento diretto presso le strutture sanitarie convenzionate è necessario contattare telefonicamente la Centrale Operativa prima di effettuare le prestazioni (i canali web e app non sono utilizzabili)

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di **€ 25,00** per ciascuna seduta (ogni seduta potrà includere fino ad un massimo di **tre** trattamenti). Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico specialista contenente la patologia come sopra riportato.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico specialista contenente la patologia come sopra riportato.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare.

5.3.4. Cure prolungate post diagnosi

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute **entro un anno dalla prima diagnosi**, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie, in caso di diagnosi di uno dei seguenti gravi stati patologici:

- **malattia oncologica maligna;**
- **insufficienza renale;**
- **ictus cerebrale.**

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.500,00 per evento.

5.3.5. Protesi dentarie ed interventi di implantologia da infortunio

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute e documentate per la fornitura di protesi dentarie ed interventi di implantologia resi necessari da infortunio, certificato da referto del pronto soccorso, con il limite di **€ 400,00** per ogni elemento di protesi dentaria.

La presente copertura è operante esclusivamente in forma rimborsuale.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 2.000,00 per nucleo familiare.**

5.3.6. Cure dentarie da infortunio

Il Piano sanitario rimborsa all'Assicurato le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessario da infortunio, certificato da referto di pronto soccorso.

La presente copertura è operante esclusivamente in forma rimborsuale.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 1.500,00 per nucleo familiare.**

5.4. Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa annuo o prestazione inferiore al minimo non indennizzabile e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

5.5. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009935** dalle ore 9.00 alle ore 20.00 dal lunedì al sabato nei giorni feriali.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **051.6389046**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

6. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

La presente copertura assicurativa è dedicata ai dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP ed i loro familiari fiscalmente a carico, intesi come coniuge e figli conviventi e risultanti dallo stato di famiglia ed ai familiari non fiscalmente a carico.

7. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Si precisa che tutti i limiti di spesa “annui” di seguito indicati nelle singole garanzie sono stati riparametrati sull’ultimo periodo di copertura 01/01/2026 – 30/06/2026

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- visite specialistiche ed esami di laboratorio;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- medicina preventiva (valida per il solo titolare);
- protesi ortopediche ed acustiche;
- prestazioni odontoiatriche;
- medicina preventiva – check up alternativi (valida per il solo titolare).

7.1. Visite specialistiche ed esami di laboratorio

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche ed esami di laboratorio conseguenti a malattia o a infortunio (escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche).

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l’indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Modalità di erogazione per le visite specialistiche:

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 40,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **30%** e con un minimo non indennizzabile di **€ 80,00** per ogni visita specialistica. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Modalità di erogazione per gli esami di laboratorio:

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante

contenente la patologia presunta o accertata.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 1.000,00 per nucleo familiare.**

7.2. Assistenza infermieristica domiciliare

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute, a seguito di ricovero o infortunio certificato da pronto soccorso, per servizi domiciliari infermieristici, prestati da personale fornito di specifico titolo di studio, con il limite di **€ 25,00** e per un massimo di **60** giorni all'anno per nucleo.

7.3. Medicina preventiva (valida per il solo titolare)

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate **una volta l'anno**. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Per uomini e donne:

- Alanina aminotransferasi
- ALT
- Aspartato aminotransferasi
- AST
- Azotemia
- Bilirubina totale
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Fosfatasi alcalina
- Gamma GT
- Glicemia
- GOT

- GPT
- Protidemia con elettroforesi proteica
- Trigliceridi
- Tempo di protrombina parziale PTT
- Tempo di protrombina PT
- Urea
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: ricerca sangue occulto
- Elettrocardiogramma
- VES
- TSH
- FT3
- FT4

Inoltre solo per gli uomini:

- PSA
- PSA FREE
- PAP

Inoltre solo per le donne:

- Pap-test

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute senza applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 100,00** per anno.

7.4. Protesi ortopediche e acustiche

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici con applicazione di uno scoperto del **25%** per prestazione.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

7.5. Prestazioni odontoiatriche

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati.

Il Piano sanitario, a parziale deroga dell'art. "Casi di non operatività del Piano", lett. K), provvede al pagamento delle spese sostenute per cure, estrazioni e protesi dentarie, effettuate negli studi odontoiatrici convenzionati.

Le prestazioni erogate all'Assicurato, preventivamente autorizzate da Unisalute, vengono liquidate direttamente alla struttura stessa, in base alle percentuali di seguito indicate:

PRESTAZIONI	IN STRUTTURE CONVENZIONATE
	UNISALUTE
Visita odontoiatrica	100%
Ablazione del tartaro	100%
Radiografia completa e TC DENTASCAN	100%
Chirurgia	100%
Endodonzia	50%
Visita emergenza	100%
Implantologia	Sottolimito € 225,00
Ortodonzia	50%

Si precisa che visita e ablazione del tartaro sono erogate una volta all'anno per persona assicurata.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 1.000,00 per nucleo familiare.**

7.6. Medicina preventiva – check up alternativi (valida per il solo titolare)

Il Piano sanitario provvede all'esecuzioni delle prestazioni previste all'interno dei pacchetti di prevenzione di seguito elencati, **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate, previa prenotazione tramite Centrale Operativa.**

Si precisa che i pacchetti prevenzione, alternativi tra loro, sono fruibili esclusivamente nel caso in cui l'Ente aderente abbia espresso la volontà di attivarli e abbia effettuato il versamento del relativo premio.

La scelta e l'utilizzo di uno dei pacchetti dovranno avvenire entro l'annualità assicurativa da parte del titolare dipendente dell'Ente aderente.

Pacchetti Prevenzione

1. PACCHETTO PREVENZIONE PNEUMOLOGICA

- Visita Pneumologica - Prova Spirometrica
- Monitoraggio incruento della saturazione arteriosa/pulsossimetria

2. PACCHETTO PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

- Visita Otorinolaringoiatrica con valutazione Fibroscopica
- Test Audiometrico

3. PACCHETTO PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E DELLA SINDROME METABOLICA

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia

- Colesterolo Totale
- Colesterolo
- HDL
- Trigliceridi
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Azotemia (Urea)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Gamma GT
- Omocisteina
- Esame delle urine
- PCR
- Elettrocardiogramma di base
- Misurazione della pressione arteriosa
- Visita cardiologica

4.PACCHETTO PREVENZIONE DERMATOLOGICA

- Visita Dermatologica - Mappatura Nevi

5.PACCHETTO PREVENZIONE DONNA

Il pacchetto di prevenzione donna prevede alternativamente in base all'opzione prescelta, le seguenti prestazioni:

- Prevenzione Senologica: Visita e Mammografia
- Prevenzione Ginecologica: Visita e Pap-test

6.PACCHETTO PREVENZIONE UOMO

- Ricerca Antigene Prostatico Specifico (PSA e PSA Free)
- Visita Urologica

8. PREMI

8.1. Estensione della copertura del Piano Base

I premi per l'estensione della copertura su base volontaria ai soggetti indicati all'art. "Le persone per cui è operante la copertura" corrispondono ai seguenti importi e sono **validi per il periodo 01/07/2026 – 31/12/2026**.

1) Familiari non a carico del dipendente	Premio pro capite	€ 609,39
2) Pensionati con età inferiore ai 70 anni e superstiti del dipendente degli Enti aderenti	Premio per nucleo fiscale o pro capite	€ 1.178,82
2) Pensionati con età inferiore ai 70 anni e superstiti del dipendente degli Enti aderenti	Premio aggiuntivo per il familiare non a carico	€ 639,36
3) Pensionati con età uguale o superiore ai 70 anni	Premio per nucleo fiscale o pro capite	€ 1.418,58
3) Pensionati con età uguale o superiore ai 70 anni	Premio aggiuntivo per il familiare non a carico	€ 884,12
4) Componenti degli organi Statutari degli Enti aderenti ad ASDEP e membri direttivi dei medesimi Enti	Premio per nucleo fiscale o pro capite	€ 1.033,97
4) Componenti degli organi Statutari degli Enti aderenti ad ASDEP e membri direttivi dei medesimi Enti	Premio aggiuntivo per il familiare non a carico	€ 639,36
5) Dirigenti degli Enti Aderenti ad ASDEP, non già iscritti in forma collettiva dal proprio Ente	Premio per nucleo fiscale o pro capite	€ 1.033,97

5) Dirigenti degli Enti Aderenti ad ASDEP, non già iscritti in forma collettiva dal proprio Ente	Premio aggiuntivo per il familiare non a carico	€ 639,36
6) Dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP ai quali non si applica l'art. 46 del CCNL 1994-1997 (Co.co.co/Pro)	Premio per nucleo fiscale o pro capite	€ 1.033,97
6) Dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP ai quali non si applica l'art. 46 del CCNL 1994-1997 (Co.co.co/Pro)	Premio aggiuntivo per il familiare non a carico	€ 639,36

Il mancato rinnovo ad ogni scadenza annuale della copertura assicurativa comporta l'impossibilità di poter richiedere, per le annualità successive, una nuova attivazione della copertura stessa. La clausola di esclusione non opera:

- qualora il mancato rinnovo riguardi le coperture assicurative previste nell'ambito di contratti precedenti. Per i pensionati, è, comunque, necessario che vi sia stata continuità di copertura rispetto all'ultima annualità nella quale gli stessi risultavano assicurati quali dipendenti in servizio;
- per la categoria "Familiari non a carico del dipendente", qualora il familiare in questione sia rientrato a far parte del nucleo familiare fiscalmente a carico.

Per coloro che risultino essere stati già assicurati sulla base della convenzione ASDEP scaduta, la presente copertura opera, ad ogni effetto, in continuità con quella scaduta, purché non vi sia soluzione di continuità tra l'estensione alla convenzione scaduta ed il presente Piano sanitario. Ciò si intende valido anche per gli eventuali assicurati nell'ambito della convenzione ASDEP in forza di certificati con scadenza diversa rispetto al 30/06/2022.

8.1.1. Esclusioni riferite all'adesione volontaria

Per i soggetti che abbiano aderito volontariamente alla polizza,

secondo quanto stabilito all'art. "Le persone per cui è operante la copertura, secondo capoverso, l'Assicurazione non copre le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima dell'ingresso in copertura.

Tale esclusione non opera rispetto ai familiari non a carico, qualora gli stessi fossero già assicurati come familiari a carico e purché vi sia continuità tra la copertura assicurativa precedente e la successiva estensione volontaria.

8.2. Premi per la copertura Integrativa

L'adesione al Piano sanitario Integrativo da parte dei singoli dipendenti sarà operante per tutti i componenti del nucleo Assicurato, previo versamento del premio di seguito indicato, che **vale per il periodo 01/07/2026 – 31/12/2026:**

- **€ 179,82** per l'adesione del dipendente e del proprio nucleo composto esclusivamente da familiari fiscalmente a carico;
- **€ 269,73** per l'adesione del dipendente e del proprio nucleo composto da familiari fiscalmente a carico e non fiscalmente a carico.

N.B.: Qualora l'adesione al programma integrativo sia fatta dall'Ente per la totalità dei propri dipendenti, il premio annuo è così quantificato:

- **€ 174,83** per dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico, corrisposto dall'ente;
- **€ 89,91** per l'adesione aggiuntiva del nucleo composto anche da familiari non fiscalmente a carico, versata dal dipendente.

L'adesione al Piano sanitario Integrativo per i familiari non fiscalmente a carico è operante solo in presenza di adesione volontaria al piano base, previo pagamento del relativo premio, come indicato all'art. "Estensione della copertura del Piano Base".

9. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista, non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso.

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- d) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici* preesistenti alla stipulazione del contratto ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 6° anno di età.
- f) le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo), ad eccezione di quelli effettuati in caso di anisometropia superiore a 4 diottrie, o deficit visivo, anche di un singolo occhio, pari o superiore a 8 diottrie;
- g) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- h) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- j) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da infortunio, intervento demolitivo o malattia indennizzabili a termini di polizza indipendentemente dalla

data di accadimento dell'infortunio o di esecuzione dell'intervento ovvero di insorgenza o diagnosi della malattia;

k) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del parodontio, gli interventi pre-protetici e di implantologia, salvo le specifiche deroghe di cui agli articoli "Protesi dentarie ed interventi di implantologia da infortunio" e "Cure dentarie da infortunio".

l) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;

m) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;

n) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietetologici o del benessere.

* Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Assicurati per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

10. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

10.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dalle ore 00,00 del **01/07/2026** alle ore 24,00 del **31/12/2026**, salvo proroghe o rinnovi.

Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

10.2. Inclusioni/esclusioni

Per i soggetti assicurati la garanzia decorre dal giorno in cui entra in

vigore il presente Piano sanitario e si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con l'Ente aderente alla Contraente; allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale.

In caso di nascita di figli l'assicurazione si intende automaticamente estesa dalla data di nascita del figlio, a condizione che la comunicazione da parte del soggetto assicurato venga effettuata, all'Ente di appartenenza, entro 180 giorni dalla nascita. In caso di superamento di tale termine, l'assicurazione decorrerà fino ai 180 giorni antecedenti alla comunicazione da parte dell'Assicurato all'Ente di appartenenza.

La perdita dello status di familiare totalmente o parzialmente a carico nel corso del periodo assicurativo comporta l'esclusione dalla copertura assicurativa con effetto dalla prima scadenza successiva, ferma restando la possibilità per l'Assicurato, ove ne ricorrano i presupposti di cui alla sezione relativa all'adesione volontaria alla copertura assicurativa per il rimborso delle spese mediche e sanitarie e polizze integrative al piano base, di richiedere l'estensione della copertura per il proprio familiare non a carico per l'annualità assicurativa successiva.

Per le suddette estensioni di polizza, l'assicurazione si intende estesa dalla data di comunicazione della variazione/estensione da parte dell'Assicurato all'Ente di appartenenza.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde al 100% del premio annuo per il primo semestre e al 50% del premio annuo per il secondo semestre.

In caso di esclusione dalla polizza in corso d'anno la copertura è operante fino alla prima scadenza annuale assicurativa.

10.3. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo.

Per la gestione di ricoveri esteri vedi il punto “In caso di utilizzo di strutture estere” agli artt. “6.1.1. Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico” e “6.1.2. Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico”.

Abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all’eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

10.4. Limiti di età

L’assicurazione vale per le persone di età non superiore a **80** anni. Per quelle che superano tale limite di età l’assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio.

10.5. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da UniSalute effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all’Assicurato.

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora UniSalute dovesse richiedere all’Assicurato la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

10.6. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell’anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute provvede ad inviare nel corso dell’anno i seguenti rendiconti:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

10.7. Foro competente

Il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

10.8. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it oppure per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.**

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS. Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet <https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità

Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

In relazione alle controversie inerenti l'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

10.9. Diritto all'oblio oncologico

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Oblio Oncologico" che

stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 anni (5 anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipula o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi.

Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Il successivo Decreto del 22 marzo 2024, ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati.

Inoltre, l'ulteriore Decreto del 05 luglio 2024 ha introdotto la disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico.

Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.

Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito www.unisalute.it alla pagina dedicata.

10.10. Informativa “HOME INSURANCE” - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante

processo di “auto registrazione” disponibile nell’area stessa.

10.11. Informazioni sull’Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

UniSalute S.p.A. (“la Società”), soggetta all’attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all’Albo delle società capogruppo presso l’IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it.

La Società è autorizzata all’esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell’8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all’Albo delle Imprese Assicuratrici: 1.00084.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell’Impresa

Con riferimento all’ultimo bilancio approvato, relativo all’esercizio 2025, il patrimonio netto dell’Impresa è pari ad € 340,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 150,6 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell’impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all’esercizio 2025, è pari ad € 156,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 39,1 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 342,8 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2025, pari a 2,19 volte il requisito

patrimoniale di solvibilità e 8,77 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

11. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofagoplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale
- Derivazioni biodigestive
- Interventi sulla papilla di Vater
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Tumori della trachea
- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati:
 - Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
 - Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
 - Correzione impianto anomalo coronarie
 - Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
 - Correzione canale atrioventricolare completo
 - Finestra aorto-polmonare
 - Correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus

- coartazioni aortiche di tipo fetale
- coartazioni aortiche multiple o molto estese
- stenosi aortiche infundibulari
- stenosi aortiche sopralvalvolari
- trilogia di Fallot
- tetralogia di Fallot
- atresia della tricuspid
- pervietà interventricolare ipertesa
- pervietà interventricolare con “debanding”
- pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- Sostituzioni valvolari multiple
- By-pass aortocoronarici multipli
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
- Interventi di correzione transcateretere dell’insufficienza mitralica mediante tecnica “edge-to-edge” con il dispositivo MITRACLIP TM
- Aneurismi aorta toracica
- Aneurismi aorta addominale con l’obbligo di by-pass circolatorio
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore e gravi infarti
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Asportazione tumori dell’orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici di interposizione di innesto

- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale transtoracica
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Megauretere: resezione con sostituzione con ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec; Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotonomia
- Discoctomia per via anteriore per ernia dura o molle con artodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti
- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)

- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovescicolectomia con neo vescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileourethroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neo vescica rettale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Trapianti
- Interventi di chirurgia pediatrica per:
 - Idrocefalo ipersecretivo
 - Polmone cistico e policistico
 - Atresia dell'esofago
 - Fistola dell'esofago
 - Atresia dell'ano semplice; abbassamento addomino-perineale;
 - Atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addominoperineale;
 - Megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
 - Megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
 - Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
 - Trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione)



Modulistica Enti Nuova Adesione

L'adesione dell'Ente avviene su carta intestata dell'Ente medesimo rivolta al Presidente dell'Associazione da inviare al seguente indirizzo PEC presidenza.asdep@postacert.inps.gov.it (mailto:presidenza.asdep@postacert.inps.gov.it)

Nella richiesta di adesione devono essere indicati:

- la data di decorrenza della copertura assicurativa, che non può essere antecedente la data di richiesta di adesione.

In assenza di data specifica, la copertura verrà erogata dal 1° giorno del mese successivo alla richiesta.

- il numero dei titolari di polizza intesi come dipendenti dell'ente e dei loro familiari fiscalmente a carico
- scelta della copertura assicurativa: base o base+integrativa.

Successivamente alla richiesta di adesione approvata dal CDA, l'ente di nuova adesione deve trasmettere ad ASDEP l'anagrafica dei titolari di polizza mediante un tracciato informatico csv reperibile sul sito www.asdep.it > Chi può aderire > Enti/Adesioni Collettive > Modulistica e istruzioni per enti di nuova adesione (<http://www.asdep.it/Home/Articolo/103>).

Si segnala che, ai fini della piena operatività della copertura è necessaria la corretta acquisizione dell'anagrafica dell'intero nucleo familiare come da specifiche tecniche allegate ovvero reperibili sul sito www.asdep.it > Chi può aderire > Enti/Adesioni Collettive > Modulistica e istruzioni per enti di nuova adesione (<http://www.asdep.it/Home/Articolo/103>).

PREMIO ASSICURATIVO

Il premio dovuto dagli Enti di nuova adesione è calcolato in 12°, considerando il mese di decorrenza come mese intero (art.7).

Il versamento del premio a favore di ASDEP dovrà essere regolato nel termine di 30 giorni di calendario dalla data di richiesta di pagamento inviata da ASDEP.

Base: Il premio annuo per la sola copertura assicurativa base Temporanea Caso Morte (TCM) e LONG TERM CARE (LTC) a favore dei dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP e quella per il Rimborso Spese Mediche Ospedaliere (RSMO) per i predetti dipendenti e i loro familiari fiscalmente a carico ammonta a € 366,51 pro-capite.

Base+integrativa: Il premio annuo per la copertura assicurativa base+integrativa (art.55) Temporanea Caso Morte (TCM) e LONG TERM CARE (LTC) a favore dei dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP e quella per il Rimborso Spese Mediche Ospedaliere (RSMO) per i predetti dipendenti e i loro familiari fiscalmente a carico ammonta a € 716,16 pro capite.

CONTRIBUTO ASSOCIATIVO

È previsto altresì un contributo associativo a carico degli Enti aderenti ad ASDEP, ad eccezione degli Enti Fondatori, ovvero INPS, INAIL, ACI pari a € 13,00 per dipendente, garantendo un minimo di € 30 per anno.

Il premio da corrispondere a favore di ASDEP sarà calcolato sommando al premio assicurativo (base € 366,51 o base+integrativa € 716,16 pro capite) il contributo associativo, moltiplicato per il numero dei dipendenti.

INCLUSIONI ESCLUSIONI

Secondo quanto disciplinato dall'art. 6 si comunica che l'Ente potrà trasmettere mensilmente le variazioni (inclusioni e cessazioni) intervenute successivamente alla comunicazione del primo tracciato dei titolari alla casella di posta polizza.asdep@inps.it (mailto:polizza.asdep@inps.it).

Da ultimo, si precisa che quanto sopra tratteggiato non può in alcun modo sostituire il vigente Contratto, reperibile nella sezione "Convenzione (<http://www.asdep.it/Home/Articolo/101>)" del sito www.asdep.it, che resta pertanto il principale strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

Titolo	Data	Dimensione
TRACCIATO RECORD (.././.././Home/Download/1268)	19/05/2020	8 KB
ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL TRACCIATO (.././.././Home/Download/1266)	19/05/2020	46,7 KB
CONTROLLO DATI ANAGRAFICI (.././.././Home/Download/1193)	04/01/2016	653,044 KB
MANUALE CONTROLLO DATI ANAGRAFICI (.././.././Home/Download/1192)	04/01/2016	1945,2 KB

REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE

ART. 1 - DISPOSIZIONI GENERALI

Il presente Regolamento contiene le norme che disciplinano il rapporto di assistenza sanitaria integrativa tra il FasiOpen ed i propri iscritti, ai sensi dell'art.1 dello Statuto.

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, si intendono richiamate le previsioni contenute nei singoli "Piani Sanitari".

ART. 2 - ISCRIZIONE

Possono iscriversi al FasiOpen, ai sensi dell'art. 4 dello Statuto e previa autorizzazione da parte del Consiglio di Amministrazione:

- a) le imprese che, in base a disposizioni derivanti da regolamento o accordo aziendale o contratto collettivo di lavoro, decidano di avvalersi, per i propri dipendenti, dell'assistenza sanitaria integrativa erogata dal FasiOpen;
- b) i lavoratori appartenenti a collettività di lavoratori delle imprese di cui al punto a, diversi dai dirigenti a cui si applica il CCNL Dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi.

L'iscrizione dell'impresa può avvenire solo a beneficio di una collettività di soggetti individuabile in una o più categorie omogenee di lavoratori e, comunque, senza alcuna selezione del rischio.

Non sono iscrivibili al FasiOpen le imprese che erogano prestazioni sanitarie.

ART. 3 - ASSISTITI

Sono assistibili dal FasiOpen i lavoratori facenti parte delle collettività di cui al precedente art. 2, nonché i rispettivi nuclei familiari, nei casi e nei modi di cui agli articoli seguenti del presente Regolamento.

ART. 4 - MODALITÀ DI ISCRIZIONE DELL'IMPRESA E DECORRENZA ASSISTIBILITÀ

La richiesta di iscrizione al FasiOpen dev'essere inoltrata dall'impresa al Consiglio di Amministrazione del Fondo sia ai fini della propria iscrizione sia ai fini dell'iscrizione dei lavoratori appartenenti alla collettività riferibile all'impresa stessa.

La richiesta di assistibilità dei lavoratori – ed eventualmente del loro nucleo familiare – può avvenire esclusivamente tramite l'impresa.

Le imprese devono comunicare al FasiOpen i dati anagrafici – ivi compresi i codici fiscali – necessari per la registrazione dei lavoratori da assistere, nonché quelli dei componenti il nucleo familiare per il quale il lavoratore abbia chiesto l'estensione dell'assistibilità. L'assistito è tenuto a comunicare tempestivamente, tramite l'impresa e nelle modalità previste, ogni variazione dei propri dati anagrafici e di quelli del proprio nucleo familiare.

FASIOPEN

L'iscrizione dell'impresa decorre dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inoltro della relativa richiesta.

L'assistibilità dei lavoratori decorre dalla stessa data oppure, su indicazione dell'impresa, dal primo giorno di un mese successivo e termina l'ultimo giorno del mese in cui si è verificata la cessazione del rapporto di lavoro o la perdita dei requisiti per l'assistibilità.

Per i lavoratori assunti in data successiva a quella di inizio dell'assistenza della collettività, l'assistibilità decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di assunzione.

ART. 5 - NUCLEO FAMILIARE ASSISTIBILE

L'impresa iscritta può richiedere l'estensione dell'assistenza ai componenti dell'intero nucleo familiare del lavoratore, purché tale richiesta riguardi almeno il 30% dei lavoratori assistiti e l'estensione riguardi l'intero nucleo familiare assistibile del lavoratore.

L'impresa ha, inoltre, facoltà di richiedere l'iscrizione del nucleo familiare del lavoratore anche successivamente all'iscrizione dell'impresa stessa al FasiOpen.

Per nucleo familiare assistibile si intende:

- il coniuge del lavoratore;
- il coniuge unito civilmente;
- il convivente *more uxorio*, cioè il convivente di fatto del lavoratore;
- i figli, purché fiscalmente a carico del lavoratore, secondo le vigenti disposizioni di legge;
- i figli di età compresa tra il 18° anno ed il 21° anno di età, purché in corso di studio pre-universitario;
- i figli iscritti all'università, fino al compimento del 26° anno di età;
- i figli totalmente inabili, la cui condizione sia documentata da apposita certificazione emessa da struttura pubblica, senza limite di età.

L'iscrizione del convivente *more uxorio* dovrà essere richiesta dal momento dell'iscrizione del lavoratore ed il convivente *more uxorio* sarà assistibile a condizione che la convivenza con il lavoratore abbia avuto inizio almeno due anni prima della data di richiesta dell'iscrizione stessa.

La convivenza dovrà essere certificata presentando al FasiOpen la documentazione stabilita dal Fondo.

L'iscrizione del convivente *more uxorio* non sarà possibile qualora nel nucleo familiare assistibile sia presente il coniuge dell'iscritto e non risulti pronunciata sentenza di

divorzio. Il convivente *more uxorio* già iscritto al Fondo perde il diritto all'assistenza nel caso di matrimonio del lavoratore con un soggetto diverso dal convivente *more uxorio*.

La cessazione per qualsivoglia ragione dell'assistenza a favore del lavoratore comporta l'automatica cessazione anche dell'assistenza al relativo nucleo familiare.

È onere specifico dell'Impresa attestare, contestualmente alla richiesta di estensione dell'assistenza ai componenti l'intero nucleo familiare del lavoratore, la condizione dei figli fiscalmente a carico del lavoratore assistito e dare al FasiOpen tempestiva comunicazione nel caso in cui tale condizione venga a cessare, secondo le modalità stabilite dal FasiOpen.

L'assistenza del lavoratore nonché dell'intero nucleo familiare avrà la durata specificamente prevista dall'accordo stipulato tra la singola impresa e il FasiOpen. Il lavoratore, pertanto, non può vantare nei confronti del FasiOpen alcun diritto all'assistenza – né per se stesso, né per il proprio nucleo familiare – nei casi in cui l'impresa receda dal FasiOpen, ovvero decida di non estendere ulteriormente al nucleo familiare del lavoratore le prestazioni ad esso erogate dal FasiOpen.

L'impresa iscritta ha facoltà – esercitabile una sola volta, con riferimento al singolo lavoratore – di chiedere la reinscrizione, tra gli assistiti, del nucleo familiare precedentemente escluso.

ART. 6 - DURATA DELL'ISCRIZIONE E RECESSO

La durata minima dell'iscrizione dell'impresa è di un anno.

È facoltà dell'impresa iscritta recedere dal FasiOpen, con effetto dal 1° gennaio. Il recesso deve essere comunicato dall'azienda a mezzo PEC o con lettera raccomandata A/R da inviarsi al FasiOpen stesso entro il 31 ottobre precedente.

In mancanza di tale comunicazione, l'iscrizione si rinnova tacitamente di anno in anno.

Il lavoratore può richiedere il recesso dal fondo, per sé e/o per il proprio nucleo familiare, entro il 31 dicembre, fermo restando il vincolo di assistenza fino al 31 dicembre dell'anno in cui viene inoltrata la richiesta.

ART. 7 - ESCLUSIONE DAL FASIOPEN

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo può disporre l'esclusione dal FasiOpen dell'assistito e/o dei suoi familiari in caso di dolo o colpa grave dell'assistito stesso e/o dei suoi familiari, informandone contestualmente l'impresa.

Il mancato versamento dei contributi previsti dal successivo art. 9 (o nel piano di rateizzazione concordato col FasiOpen), se relativi a due trimestri consecutivi, comporta l'esclusione dell'impresa dal FasiOpen e conseguentemente anche di tutti i relativi lavoratori e dei loro familiari iscritti, fermo restando l'obbligo di versamento dei contributi maturati e dovuti sino all'esclusione.

Per iscriversi nuovamente al FasiOpen, l'impresa dovrà presentare, ai sensi del precedente art. 4, una nuova domanda al Consiglio di Amministrazione del Fondo, che valuterà i termini e le modalità dell'eventuale rientro.

L'esclusione viene notificata all'interessato e all'azienda a mezzo PEC o lettera raccomandata a.r.

ART. 8 - PERIODI DI CARENZA

Per le imprese che si iscrivono al FasiOpen non provenendo da altre forme di assistenza sanitaria integrativa su base collettiva, il diritto al rimborso delle prestazioni in favore dei relativi lavoratori (ed eventuali nuclei familiari) decorre trascorsi tre mesi dall'iscrizione dell'impresa.

Il diritto al rimborso delle prestazioni relative ai componenti il nucleo familiare iscritto in epoca successiva all'iscrizione dell'impresa al FasiOpen decorre trascorsi tre mesi dall'iscrizione del nucleo familiare.

Nel caso, invece, di reinserimento di un nucleo familiare precedentemente cancellato, il diritto al rimborso delle prestazioni dei componenti il nucleo familiare stesso decorre trascorsi dodici mesi dal mese di reinserimento.

ART. 9 - CONTRIBUZIONE

Le imprese devono versare al FasiOpen trimestralmente, in via posticipata, i contributi di propria competenza unitamente a quelli eventualmente a carico dell'assistito, come previsti nel Piano Sanitario prescelto dall'impresa.

Il versamento trimestrale posticipato comprende quindi il contributo a carico delle imprese, quello a carico dei lavoratori iscritti, quando espressamente previsto, nonché l'eventuale contributo per il nucleo familiare, se assistito.

Il versamento deve essere effettuato entro il giorno 16 del mese successivo al trimestre solare di riferimento.

Per trimestri si intendono:

- GENNAIO - MARZO;
- APRILE - GIUGNO;
- LUGLIO - SETTEMBRE;
- OTTOBRE - DICEMBRE.

I contributi di cui sopra sono frazionabili a mese e decorrono dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale l'iscrizione o la reinscrizione – del lavoratore ed eventualmente dei suoi familiari – sia avvenuta.

ART. 10 - QUOTA D'INGRESSO UNA TANTUM

Tutte le imprese, oltre al versamento dei contributi di cui al precedente art. 9, sono tenute al versamento di una quota di ingresso, per ciascun lavoratore iscritto, la cui entità viene

fissata annualmente dall'Assemblea degli Associati e degli Iscritti. Tale quota deve essere versata dall'impresa unitamente al primo versamento contributivo trimestrale.

La quota di ingresso non è dovuta dalle imprese che, prima di iscriversi al FasiOpen e senza soluzione di continuità, aderivano ad altre forme di assistenza sanitaria integrativa su base collettiva.

ART. 11 - RITARDATO VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

Il rimborso delle prestazioni è condizionato alla regolarità e continuità dei versamenti contributivi.

In caso di ritardato versamento dei contributi, il rimborso delle prestazioni è sospeso fino ad avvenuta regolarizzazione contributiva; sui contributi versati in ritardo è applicato un interesse di mora su base annua pari al tasso legale maggiorato di 2,5 punti. Di tale sospensione il FasiOpen informerà l'impresa e i lavoratori interessati.

L'erogazione delle prestazioni sarà ripristinata successivamente alla regolarizzazione della posizione contributiva, purché questa avvenga entro sei mesi dalla scadenza di pagamento del contributo stesso; in caso contrario le richieste di rimborso saranno considerate decadute.

Il mancato versamento dei contributi relativi a due trimestri consecutivi, in assenza della rateizzazione di cui al successivo art. 12, comporta l'esclusione dell'impresa e dei suoi lavoratori (ed i componenti dei relativi nuclei familiari eventualmente assistiti) dal Fondo ai sensi del precedente art. 7.

ART. 12 - RATEIZZAZIONE DEI CONTRIBUTI

Su motivata richiesta dell'impresa al Consiglio di Amministrazione del FasiOpen, quest'ultimo può concedere rateizzazioni, non superiori a 12 mesi, nel pagamento dei contributi non versati alle scadenze previste, stabilendone condizioni e modalità.

Nel caso sia stata accordata dal FasiOpen una rateizzazione del pagamento dei contributi, le erogazioni di tutte le prestazioni rimarranno sospese fino alla completa regolarizzazione dei contributi dovuti; il regolare pagamento delle rate impedisce l'esclusione ai sensi del precedente art. 7.

ART. 13 - EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CANCELLAZIONE DI PIANI SANITARI

Il rimborso delle prestazioni – incluse nei singoli Piani Sanitari definiti dall'Assemblea degli Associati e degli Iscritti – viene effettuata in relazione alle spese sostenute, ad eccezione della diaria giornaliera, con le modalità e limiti previsti dai Piani Sanitari medesimi, sempreché vi sia continuità e regolarità nei versamenti contributivi.

Il diritto al rimborso delle prestazioni sorge soltanto se, nel momento in cui la spesa per la prestazione sanitaria viene effettuata, l'interessato risulti iscritto al FasiOpen, inerendo il diritto al rimborso non già all'evento morboso, bensì alla spesa sostenuta.

Le richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie, inerenti ciascun lavoratore assistito ed i suoi familiari assistiti, devono essere trasmesse al FasiOpen direttamente dal lavoratore stesso, entro tre mesi dalla data del documento di spesa. Tale termine deve essere considerato essenziale ad ogni effetto, decorso il quale il diritto al rimborso decade.

Il rimborso delle prestazioni dovute ad eventi che dipendano da responsabilità di terzi è subordinato all'assunzione da parte dell'assistito, secondo le modalità stabilite dal FasiOpen, dell'obbligo di versare al FasiOpen medesimo, fino a concorrenza dell'importo del rimborso, la somma da chiunque ricevuta a titolo di risarcimento, a qualsiasi danno essa sia stata imputata, entro trenta giorni dal ricevimento della stessa. Analogo obbligo grava sull'assistito in caso di ricezione, a qualsivoglia titolo, di rimborsi e/o indennità da parte di enti pubblici assistenziali.

Il FasiOpen ha facoltà, sia prima che dopo il rimborso delle prestazioni, di eseguire controlli amministrativi e medici anche mediante visite da parte di medici incaricati dal FasiOpen. Il rifiuto di sottoporsi ai predetti controlli, da parte dell'assistito, comporta la perdita del diritto al rimborso.

Eventuali richieste di verifica o revisione della misura del rimborso devono essere inoltrate al FasiOpen da parte dell'assistito, a pena di decadenza, entro e non oltre trenta giorni dalla data del rimborso medesimo.

Il FasiOpen ha facoltà di cancellare uno o più Piani Sanitari, purché con preavviso scritto da inviarsi alle imprese entro il 30 settembre dell'ultimo anno di applicazione del Piano Sanitario medesimo, che resterà comunque operativo fino al 31 dicembre successivo all'invio del preavviso.

Il presente Regolamento è stato approvato dall'Assemblea degli Associati e degli Iscritti in data 15.07.2025