



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE



asfátesis
cassa di assistenza

GUIDA INFORMATIVA 2023

MOD. AP FI2636 - 12/2022

INDICE

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO	4
ALLEGATO. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	10
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	19
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE - PACCHETTO MATERNITÀ	27
C. FISIOTERAPIA	32
D. ODONTOIATRIA	43
E. PREVENZIONE	55
F. INVALIDITÀ PERMANENTE	65
G. ALTRE PRESTAZIONI	73
H. PRESTAZIONI SOCIALI	83

I contenuti di questa Guida hanno carattere puramente riassuntivo ed esemplificativo di quanto riportato nel documento denominato "Condizioni di assicurazione", che regola le prestazioni assicurative erogate da Intesa Sanpaolo RBM Salute per dare esecuzione ai Piani Sanitari. Qualsiasi pretesa che gli assicurati avanzino nei confronti della Compagnia dovrà fondarsi esclusivamente sulle previsioni contenute nelle Condizioni di assicurazione. In caso di eventuale contrasto tra quanto scritto in questa Guida e quanto riportato nelle Condizioni di assicurazione, vale sempre e solo quanto riportato all'interno delle Condizioni di assicurazione.

Piano Sanitario Base

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO

QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE



A.1.

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DH, DS O IN REGIME AMBULATORIALE (compreso nell'elenco di cui all'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici)

PRE-RICOVERO

Gli esami, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti l'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/ infortunio che ha reso necessario il ricovero.

DURANTE IL RICOVERO

- Gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico e risultante dal referto operatorio;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotetici o terapeutici applicati durante l'intervento necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione);
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria.

POST RICOVERO

- esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche;
 - prestazioni infermieristiche, se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura;
 - prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- Sono compresi anche i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

MODALITÀ ASSISTENZA RICOVERO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	scoperto 5% della spesa	illimitato (sempre esclusivamente per gli interventi chirurgici compresi nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici)
Forma mista, solo per RICOVERI PUNTO A (<i>struttura convenzionata ed equipe non convenzionata</i>)	scoperto 5% della spesa	Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa tutte le spese relative al ricovero con le stesse modalità e condizioni previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate. Non opera il Regime di assistenza diretta.
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale		• 18.000,00 euro Interventi Chirurgici ordinari • 22.500,00 euro Interventi Chirurgici complessi • 45.000,00 euro Trapianti
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	scoperto 30%	

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

**RETTA DI DEGENZA
DELL'ACCOMPAGNATORE**

Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, **documentate con fatture, notule, ricevute, ecc.** Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

**TRASPORTO
DI PRIMO SOCCORSO**

Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata e anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE
**FORMA DIRETTA IN STRUTTURA
CONVENZIONATA**

- A.** Prescrizione medica, con indicato l'intervento da effettuare e il quesito diagnostico o la patologia.
- B.** Per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero copia del certificato di prenotazione del ricovero, o dell'autorizzazione al ricovero già rilasciata dalla Centrale Operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta.
- C.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- D.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO
**FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA
NON CONVENZIONATA**

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali
- B.** Copia cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.
- C.** Dettagliata relazione medica che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale

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

**A.2.****INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery) compreso nell'elenco di cui all'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici**

Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (compreso nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un'indennità di **100,00 euro per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero**, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

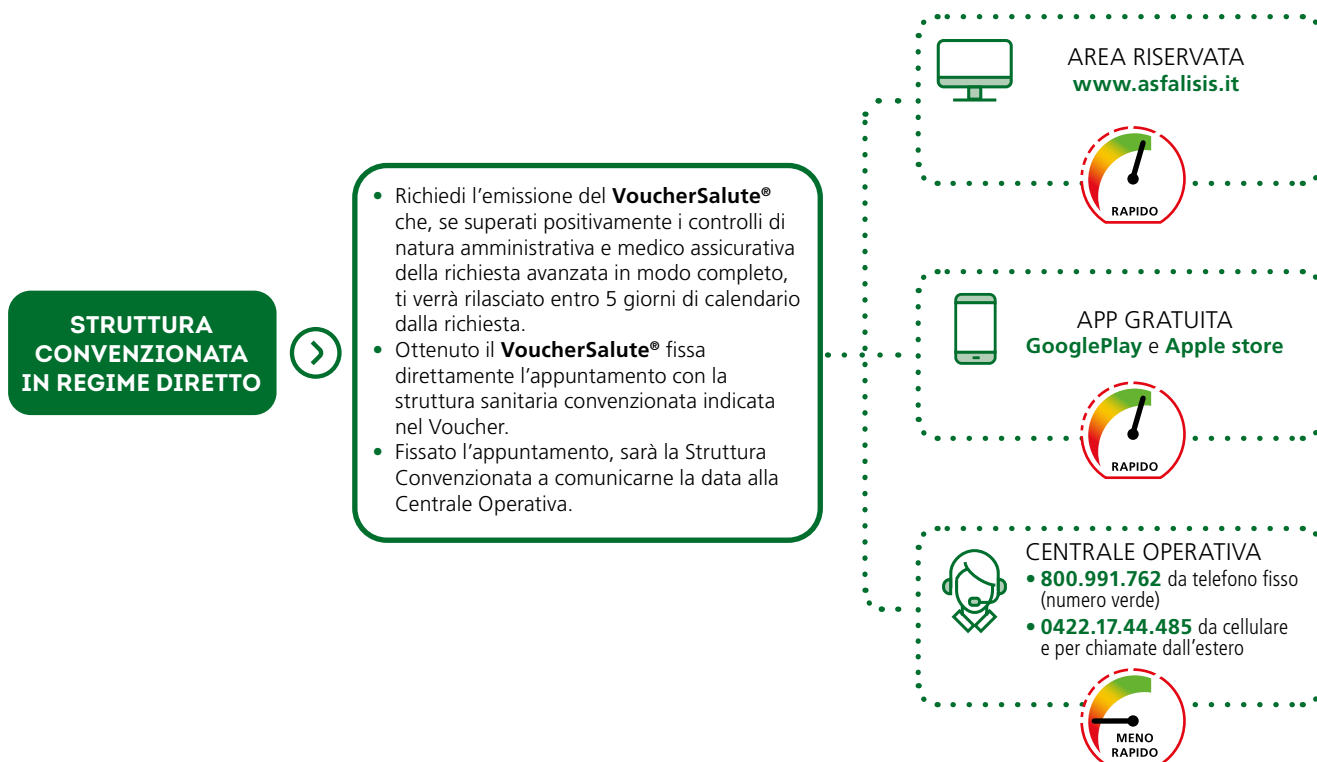
Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

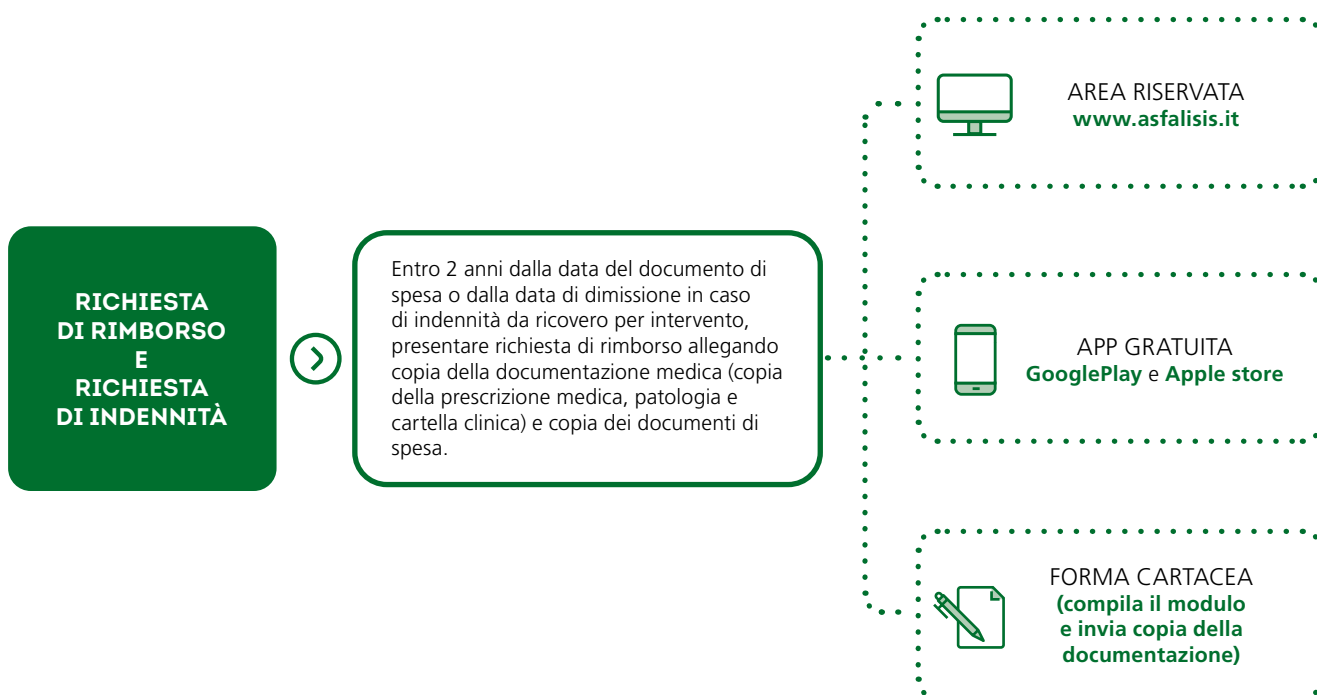
COSA SERVE PER RICHIEDERE L'INDENNITÀ

Copia cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O. in caso di Ricovero anche in Day Hospital.

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



COME FARE PER RICEVERE L'INDENNITÀ?



ALLEGATO

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA GENERALE

CARDIOCHIRURGIA E CHIRURGIA TORACICA

Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	18.000,00 euro
Fistole arterovenose polmonari	18.000,00 euro
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	18.000,00 euro
Trapianto cardiaco	45.000,00 euro
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti complessi o complicati	18.000,00 euro
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti singoli non complicati	18.000,00 euro
Bypass aortocoronarico a cuore battente	18.000,00 euro
Tutti gli interventi: a cuore chiuso (esclusi gli interventi eseguiti in cardiologia interventistica)	18.000,00 euro

COLLO

Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	18.000,00 euro
Tiroidectomia totale con eventuale linfadenectomia (chirurgica o con radioiodio terapia)	18.000,00 euro

ESOFAGO

Esofagectomia totale ed esofagectomia sub-totale	18.000,00 euro
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	18.000,00 euro

FEGATO

Derivazioni biliodigestive	18.000,00 euro
Drenaggio di ascesso epatico	18.000,00 euro
Interventi chirurgici per ipertensione portale	18.000,00 euro
Interventi per echinococchi	18.000,00 euro
Colecistectomia anche per via endoscopica	18.000,00 euro
Interventi sulla papilla di Vater	18.000,00 euro
Re-interventi sulle vie biliari	18.000,00 euro
Resezioni epatiche	18.000,00 euro
Trapianto di fegato	45.000,00 euro

**INTERVENTI SU POLMONE –
BRONCHI – TRACHEA**

Interventi per fistole bronchiali	18.000,00 euro
Pleuropneumectomia	22.500,00 euro
Pneumectomia	18.000,00 euro
Resezione bronchiale con reimpianto	22.500,00 euro
Resezioni segmentarie e lobectomia	18.000,00 euro
Timectomia per via toracica	18.000,00 euro
Trapianto di polmone	45.000,00 euro
Tumori della trachea	22.500,00 euro

INTERVENTI SUL MEDIASTINO

Interventi per tumori	18.000,00 euro
-----------------------	----------------

**INTERVENTI SUL SISTEMA
NERVOSO SIMPATICO**

Simpaticectomia dorsale toracoscopica, simpaticotomia, neurocompressione del simpatico toracico (o simpaticofrassi o clamping)	18.000,00 euro
Simpaticectomia lombare	18.000,00 euro

INTESTINO

Colectomia totale	18.000,00 euro
Colectomie parziali	18.000,00 euro
Sigmoidostomia compreso eventuale intervento di chiusura stomia	18.000,00 euro

NERVI PERIFERICI

Asportazione tumori dei nervi periferici	18.000,00 euro
Interventi sul plesso brachiale	18.000,00 euro

NEUROCHIRURGIA

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	22.500,00 euro
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	18.000,00 euro
Apertura di ascesso cerebrale	18.000,00 euro
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	18.000,00 euro
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	22.500,00 euro
Asportazione tumori dell'orbita	18.000,00 euro
Asportazione tumori ossei della volta cranica	18.000,00 euro
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	18.000,00 euro
Cordotomia e mielotomia percutanea	18.000,00 euro
Cranioplastica	18.000,00 euro
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	18.000,00 euro
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	18.000,00 euro
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	18.000,00 euro
Emisferectomia	22.500,00 euro
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	22.500,00 euro

Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	18.000,00 euro
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	18.000,00 euro
Interventi endorachidei per terapia del dolore (impianto di neuromodulatore) o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	22.500,00 euro
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	18.000,00 euro
Interventi per traumi cranio cerebrali	18.000,00 euro
Interventi per traumi vertebro-midollari	18.000,00 euro
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	18.000,00 euro
Intervento per craniostenosi	18.000,00 euro
Intervento per encefalomeningocele	18.000,00 euro
Interventi neurochirurgici per ablazione foci epilettogeni	18.000,00 euro
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	18.000,00 euro
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	18.000,00 euro
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	18.000,00 euro
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	18.000,00 euro
Radiochirurgia gammaknife	18.000,00 euro
Radiochirurgia stereotassica intracranica	18.000,00 euro
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	18.000,00 euro
Spondilolistesi (dal II grado e radiologicamente documentata)	18.000,00 euro
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili	18.000,00 euro
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	22.500,00 euro
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	18.000,00 euro
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	18.000,00 euro

PANCREAS - MILZA

Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	18.000,00 euro
Interventi per neoplasie pancreatiche	18.000,00 euro
Interventi per pancreatite acuta	18.000,00 euro
Interventi per pancreatite cronica	18.000,00 euro
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreaticata	18.000,00 euro
Splenectomia	18.000,00 euro

PERITONEO

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	18.000,00 euro
---	-----------------------

RETTO - ANO

Interventi per neoplasie del retto - ano	18.000,00 euro
Operazione per megacolon	18.000,00 euro
Proctocolectomia totale	18.000,00 euro
Proctocolectomia totale, se per via addominoperineale, in uno o in più tempi	18.000,00 euro

STOMACO, DUODENO

Plastica anti reflusso (laparotomica o laparoscopica, non endoscopica)	18.000,00 euro
Gastroectomia se allargata	18.000,00 euro
Gastroectomia totale	18.000,00 euro
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	18.000,00 euro
Mega-esofago e esofagite da reflusso	18.000,00 euro
Resezione gastrica	18.000,00 euro
Resezione gastroduodenale per ulcera peptica post-operatoria	18.000,00 euro
Sutura di perforazioni gastriche e duodenali	18.000,00 euro

TORACE - PARETE TORACICA

Correzioni di malformazioni parietali	18.000,00 euro
Resezione costali	18.000,00 euro
Toracotomia esplorativa	18.000,00 euro

CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE

Labioschisi bilaterale	18.000,00 euro
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	18.000,00 euro
Palatoschisi totale	18.000,00 euro
Plastiche per paralisi facciali, anastomosi nervosa da strutture nervose controlaterali o il lembo di muscolo temporale, EMTL procedure (Endoscopically assisted Multiple muscle transposition and Lift)	18.000,00 euro
Push-bach e faringoplastica	18.000,00 euro
Ricostruzione della emimandibola	18.000,00 euro
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	18.000,00 euro
Riduzione frattura orbitaria	18.000,00 euro
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalp	18.000,00 euro
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	18.000,00 euro

CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)

ARTI

Malformazioni complesse delle mani (es: sindattilia, polidattilia) per tempo operatorio	18.000,00 euro
Reimpianto microchirurgico del dito	18.000,00 euro
Ricostruzione del pollice	18.000,00 euro
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	18.000,00 euro

CRANIO - FACCIA E COLLO

Gravi e vaste mutilazioni del viso (gravità: interessamento di occhi bocca e naso; vastità: interessamento di più di 1/3 del volto)	22.500,00 euro
Labioalveoloschisi bilaterale	18.000,00 euro

TORACE E ADDOME

Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	18.000,00 euro
Malformazione della gabbia toracica (escluse le malformazioni asintomatiche, come ad esempio il pectus excavatum asintomatico)	18.000,00 euro
Plastica per ipospadia ed epispadia	18.000,00 euro
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	22.500,00 euro
Ricostruzione vaginale	18.000,00 euro

CHIRURGIA VASCOLARE

Anastomosi mesenterica-cava	18.000,00 euro
Anastomosi porta-cava e splenorenale	18.000,00 euro
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	18.000,00 euro
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	18.000,00 euro
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	18.000,00 euro
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	18.000,00 euro
Interventi per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	18.000,00 euro
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	18.000,00 euro
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	18.000,00 euro
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	18.000,00 euro
Interventi per aneurismi e aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	18.000,00 euro
Interventi per innesti di vasi	18.000,00 euro
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	18.000,00 euro
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	18.000,00 euro



Legatura vena cava inferiore	18.000,00 euro
Resezione arteriosa con plastica vasale	18.000,00 euro
Sutura arterie periferiche	18.000,00 euro
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	18.000,00 euro
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti (con dettaglio fotografico)	18.000,00 euro
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	18.000,00 euro
Trombectomia venosa periferica cava	18.000,00 euro
Trombectomia venosa periferica iliaca	18.000,00 euro

GINECOLOGIA

Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	18.000,00 euro
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	18.000,00 euro

LARINGE - TRACHEA - BRONCHI - ESOFAGO

COLLO (vedere anche chirurgia generale)

Asportazione di diverticolo esofageo	18.000,00 euro
Asportazione di fistole congenite	18.000,00 euro
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	18.000,00 euro
Esófagotomia cervicale	18.000,00 euro
Legatura di grossi vasi	18.000,00 euro
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	18.000,00 euro
Svuotamento laterocervicale bilaterale	18.000,00 euro

LARINGE

Cordectomia per via tirotomica	18.000,00 euro
Interventi per paralisi degli abduttori	18.000,00 euro
Laringectomia parziale	18.000,00 euro
Laringectomia ricostruttiva	18.000,00 euro
Laringectomia sopraglottica	18.000,00 euro
Laringectomia totale	18.000,00 euro
Laringofaringectomia	18.000,00 euro

OCULISTICA

BULBO OCULARE

Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	18.000,00 euro
---	-----------------------

ORBITA

Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	18.000,00 euro
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	18.000,00 euro
Odontocheratoprosi	18.000,00 euro
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario e ospedaliero)	18.000,00 euro

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Artroprotesi di anca	22.500,00 euro
Artroprotesi di ginocchio	18.000,00 euro
Artroprotesi di gomito	18.000,00 euro
Emipelvectomy	18.000,00 euro
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	22.500,00 euro
Protesi totale per displasia d'anca	22.500,00 euro

OSTETRICIA

Laparotomia per gravidanza extrauterina	18.000,00 euro
---	-----------------------

OTORINOLARINGOIATRIA

CAVO ORALE E FARINGE

Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento latero-cervicale	18.000,00 euro
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	18.000,00 euro
Tumori parafaringei	18.000,00 euro

GHIANDOLE SALIVARI

Parotidectomia totale con o senza preparazione del facciale	18.000,00 euro
---	-----------------------

ORECCHIO ESTERNO

Atresia auris congenita: ricostruzione	18.000,00 euro
--	-----------------------

ORECCHIO MEDIO ED INTERNO

Anastomosi e trapianti nervosi	18.000,00 euro
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	18.000,00 euro
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	18.000,00 euro
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	18.000,00 euro
Chirurgia del sacco endolinfatico	18.000,00 euro
Chirurgia della Sindrome di Mènière	18.000,00 euro
Distruzione del labirinto	18.000,00 euro
Neurinoma del VIII paio	22.500,00 euro
Sezione del nervo cocleare	18.000,00 euro
Sezione del nervo vestibolare	18.000,00 euro
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	18.000,00 euro
Trattamento delle petrositi suppurate	18.000,00 euro

UROLOGIA

APPARATO GENITALE MASCHILE

Amputazione totale del pene	18.000,00 euro
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	18.000,00 euro
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	18.000,00 euro
Orchidopessi bilaterale	18.000,00 euro
Orchiectomia allargata per tumore	18.000,00 euro
Orchifuniculectomia per via inguinale	18.000,00 euro

RENE

Endopielolitotomia per stenosi del giunto piero-uretale	18.000,00 euro
Lombotomia per ascessi pararenali	18.000,00 euro
Nefrectomia allargata per tumore	18.000,00 euro
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	22.500,00 euro
Nefrectomia parziale	18.000,00 euro
Nefrectomia semplice	18.000,00 euro
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	18.000,00 euro
Nefroureterectomia totale	22.500,00 euro
Pielotomia	18.000,00 euro
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	18.000,00 euro
Resezione renale con clampaggio vascolare	18.000,00 euro
Trapianto renale	22.500,00 euro

SURRENE

Surrenalectomia	18.000,00 euro
-----------------	----------------

URETERE

Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	18.000,00 euro
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	18.000,00 euro
Ureterocistoneostomia con psioizzazione vescicole	18.000,00 euro
Ureterocistoneostomia monolaterale	18.000,00 euro
Ureteroplastica	18.000,00 euro
Ureterosimoidostomia uni- o bilaterale	18.000,00 euro

URETRA

Plastiche di ricostruzione per ipospadia	18.000,00 euro
Uretrectomia	18.000,00 euro

VESCICA

Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder	22.500,00 euro
Cistoprostatovesicolectomia con neovescica rettale	18.000,00 euro
Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi	18.000,00 euro
Cistoprostatovesicolectomia con ureterosigmoidostomia	18.000,00 euro
Diverticolectomia con U.C.N. (uretero-cisto-neostomia)	18.000,00 euro
Emitrigonectomia	18.000,00 euro
Ileo bladder	18.000,00 euro
Ileo e/o coloncistoplastiche	18.000,00 euro
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	18.000,00 euro
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	18.000,00 euro
Riparazione di fistola vescico intestinale	18.000,00 euro
Riparazione fistole vescico vaginali	18.000,00 euro
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	22.500,00 euro

Piano Sanitario Base

**PRESTAZIONI
EXTRAOSPEDALIERE**

B.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE



B.1.

ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

**ALTA DIAGNOSTICA
RADIOLOGICA** (compresi esami
stratigrafici e contrastografici,
“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia.

ACCERTAMENTI

- Accertamenti endoscopici
- Diagnostica radiologica
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale).

**ALTA SPECIALIZZAZIONE
AGGIUNTIVA**

- Amniocentesi o villocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC).

TERAPIE

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia
- Infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio.

ULTERIORI PRESTAZIONI

- Coronarografia
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
- Campimetria visiva
- Cisternografia
- Monitoraggio della pressione delle 24 ore (Holter pressorio)
- Ecocardiogramma
- Esame del fundus oculi
- Terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico
- Trattamenti radiometabolici.

Si precisa che sono **comprese** in garanzia:

- la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica)
- la colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)

anche se eseguite in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute i soli costi dell'accertamento.

Se la prestazione di alta specializzazione, in corso di esecuzione, si trasformasse in intervento ambulatoriale (ad esempio nel caso di una non preventivata polipectomia), la prestazione non è indennizzata dalla polizza.

B.1. ALTA SPECIALIZZAZIONE (si veda elenco prestazioni)	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	scoperto 15% della spesa	illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo 55,00 euro per accertamento o ciclo di terapia	20.000,00 euro per anno/nucleo, condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- C.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- B.** Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.

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



B.2.

VISITE SPECIALISTICHE

QUALI VISITE SONO PREVISTE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, *escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche*;
- **solo una prima visita** psichiatrica e **prima visita** psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.

B.2. VISITE SPECIALISTICHE	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	scoperto 15% della spesa	illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo 55,00 euro per visita	20.000,00 euro per anno/persona condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.
- Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.

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



B.3.

TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa **integralmente** i ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

B.3. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	CONDIZIONI	MASSIMALE
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	20.000,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.4 Accertamenti Diagnostici"

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia del ticket, se il documento di spesa non specifica il regime di erogazione e il dettaglio delle prestazioni eseguite, è necessario presentare il certificato di prenotazione o accettazione.
- B.** Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.



B.4.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

B.4. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (tutti gli accertamenti non previsti dall'Alta Specializzazione)	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	scoperto 15% della spesa	illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo 36,00 euro a fattura	20.000,00 euro anno/nucleo, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.2 Visite Specialistiche" e "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici"
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.
- Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

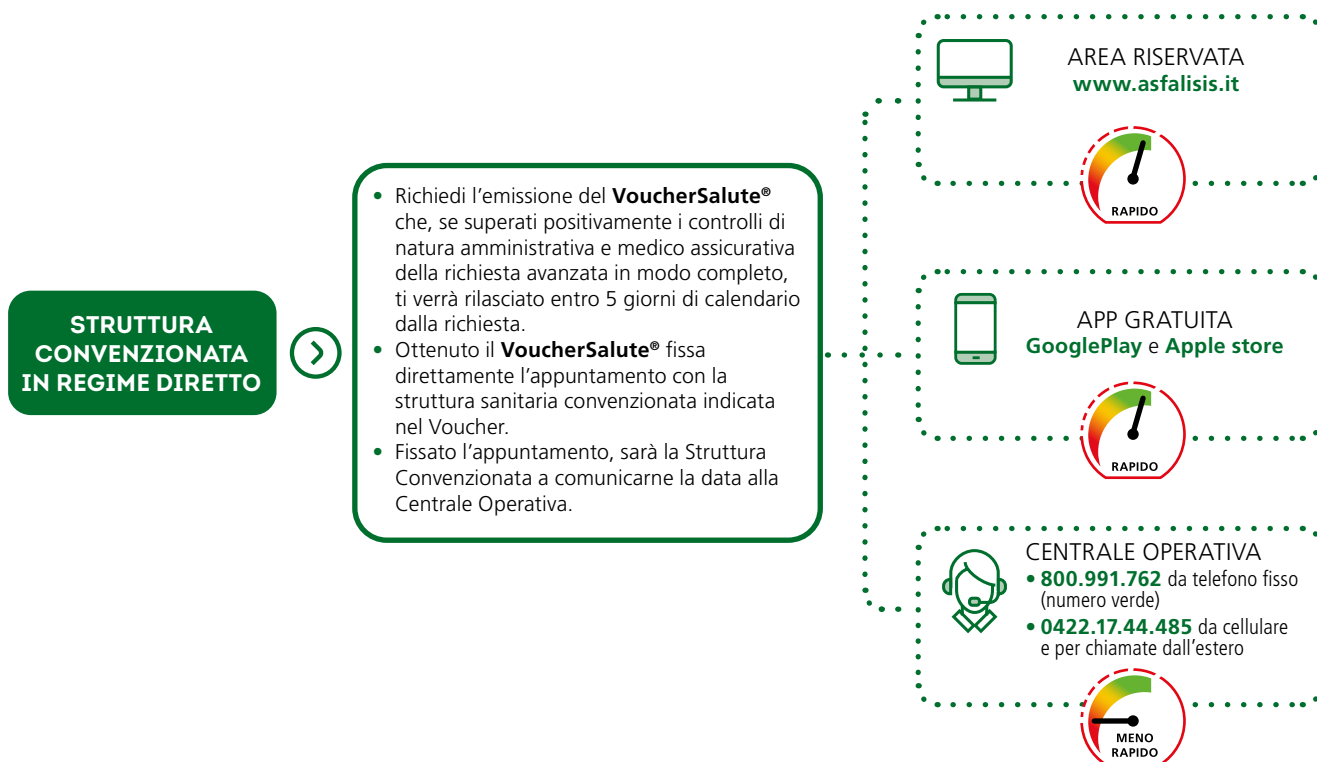
COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

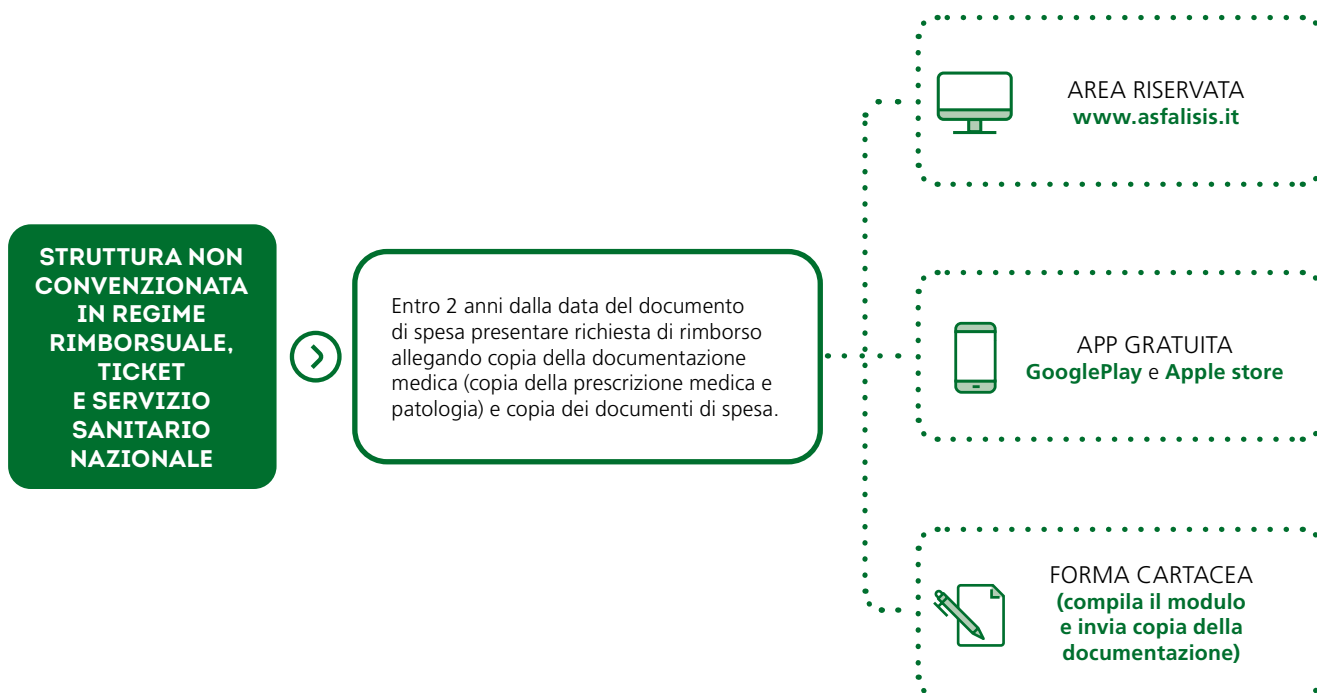
- Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?



Piano Sanitario Base

**PRESTAZIONI
EXTRAOSPEDALIERE**

**PACCHETTO
MATERNITÀ**



B.5.

PACCHETTO MATERNITÀ

QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN;
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA Fetale;
- amniocentesi o villocentesi:
 - per le donne di **35 anni o più**: possono essere erogate senza prescrizione
 - per le donne di **meno di 35 anni**: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia;
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale;
- una visita anestesilogica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Massimo di **3 visite psicologiche entro 3 mesi** dal parto (avvenuto nell'anno di copertura).

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	Franchigie/Scoperti non previsti	700,00 euro anno/nucleo, per evento gravidanza condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale		
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	Franchigie/Scoperti non previsti	700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio"
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale		
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	Franchigie/Scoperti non previsti	Illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	Rimborso massimo di 36,00 euro per visita	
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	
Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.		

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica.
- B.** Copia del certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta di parto.
- C.** In caso di gravidanza a rischio: anche certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione, oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN.
- D.** Amniocentesi o villocentesi: per le donne di meno di 35 anni anche prescrizione medica con indicazione della familiarità per malformazioni in parenti di primo grado o indicazione della patologia sospetta della madre o del feto.
Per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione
- E.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- F.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica.
- B.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- C.** Copia del certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta di parto.
- D.** In caso di gravidanza a rischio: anche certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione, oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN.
- E.** Amniocentesi o villocentesi: per le donne di meno di 35 anni anche prescrizione medica con indicazione della familiarità per malformazioni in parenti di primo grado o indicazione della patologia sospetta della madre o del feto.
Per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione
- F.** Per supporto psicologico post-parto: anche prescrizione medica con indicazione della patologia.

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

STRUTTURA CONVENZIONATA IN REGIME DIRETTO



- Richiedi l'emissione del **VoucherSalute®** che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 5 giorni di calendario dalla richiesta.
- Ottenuto il **VoucherSalute®** fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher.
- Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.



AREA RISERVATA
www.asfalisis.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



CENTRALE OPERATIVA
• **800.991.762** da telefono fisso (numero verde)
• **0422.17.44.485** da cellulare e per chiamate dall'estero



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

STRUTTURA NON CONVENZIONATA IN REGIME RIMBORSUALE, TICKET E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



Entro 2 anni dalla data del documento di spesa presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della prescrizione medica e patologia) e copia dei documenti di spesa.



AREA RISERVATA
www.asfalisis.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



FORMA CARTACEA
(compila il modulo e invia copia della documentazione)

Piano Sanitario Base

FISIOTERAPIA



C.1.

FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

QUALI TERAPIE SONO PREVISTE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa);
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio;
- in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

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

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato);
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici);
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.1. - A SEGUITO DI INFORTUNIO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 30% della spesa	500,00 euro per anno/nucleo familiare
Assistenza Diretta domiciliare	scoperto 30% più franchigia di 20,00 euro ad accesso	
Regime rimborsuale	scoperto del 30% e fino a 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta	250,00 euro per anno/nucleo familiare
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

NOTA BENE: Le prestazioni previste dal presente paragrafo *devono essere effettuate solo in Centri medici*, da:

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

Assistenza diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio. In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo;
- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001);
- tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica;
- il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa;
- il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale;
- le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
- B.** Certificato di Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da Intesa Sanpaolo RBM Salute. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
- C.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® della prima seduta fisioterapica indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte. Le sedute fisioterapiche successive alla prima dovranno essere richieste dall'Assistito alla struttura convenzionata prescelta, la quale farà attivare i VoucherSalute® restanti fino al completamento del ciclo di cura indicato nella prescrizione medica.
- D.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- B.** Prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
- C.** Certificato di Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da Intesa Sanpaolo RBM Salute. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
- D.** Indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio).

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



C.2.

FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

QUALI TERAPIE SONO PREVISTE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento;
- senza limitazione di giorni post intervento;
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

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

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato);
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici);
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.2. - A SEGUITO DI INTERVENTO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 30% della spesa	500,00 euro per anno/nucleo familiare
Assistenza Diretta domiciliare	scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso	
Regime rimborsuale	scoperto 30% della spesa	250,00 euro per anno/nucleo familiare
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

N.B. i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

NOTA BENE: Le prestazioni previste dal presente paragrafo *devono essere effettuate solo in Centri medici*, da:

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

Assistenza diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio. In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo;
- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001);
- tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica;
- il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa;
- il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale;
- le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
- B.** Copia della lettera di dimissioni ospedaliera.
- C.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® della prima seduta fisioterapica indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte. Le sedute fisioterapiche successive alla prima dovranno essere richieste dall'Assistito alla struttura convenzionata prescelta la quale farà attivare i VoucherSalute® restanti fino al completamento del ciclo di cura indicato nella prescrizione medica.
- D.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- B.** Copia prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
- C.** Copia della lettera di dimissioni ospedaliera.
- D.** Indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio).

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


C.3.
**FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA,
CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE
CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA
A SEGUITO DI MALATTIA**

QUALI TERAPIE SONO PREVISTE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

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

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato);
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici);
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.3. - A SEGUITO DI MALATTIA	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 30% della spesa	500,00 euro per anno/nucleo familiare
Assistenza Diretta domiciliare	scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso	
Regime rimborsuale	scoperto del 30% e fino 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta	250,00 euro per anno/nucleo familiare
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

NOTA BENE: Le prestazioni previste dal presente paragrafo *devono essere effettuate solo in Centri medici*, da:

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

Assistenza diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo;
- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001);
- tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica;
- il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa;
- il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale;
- le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® della prima seduta fisioterapica indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
Le sedute fisioterapiche successive alla prima dovranno essere richieste dall'Assistito alla struttura convenzionata prescelta la quale farà attivare i VoucherSalute® restanti fino al completamento del ciclo di cura indicato nella prescrizione medica.
- C.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

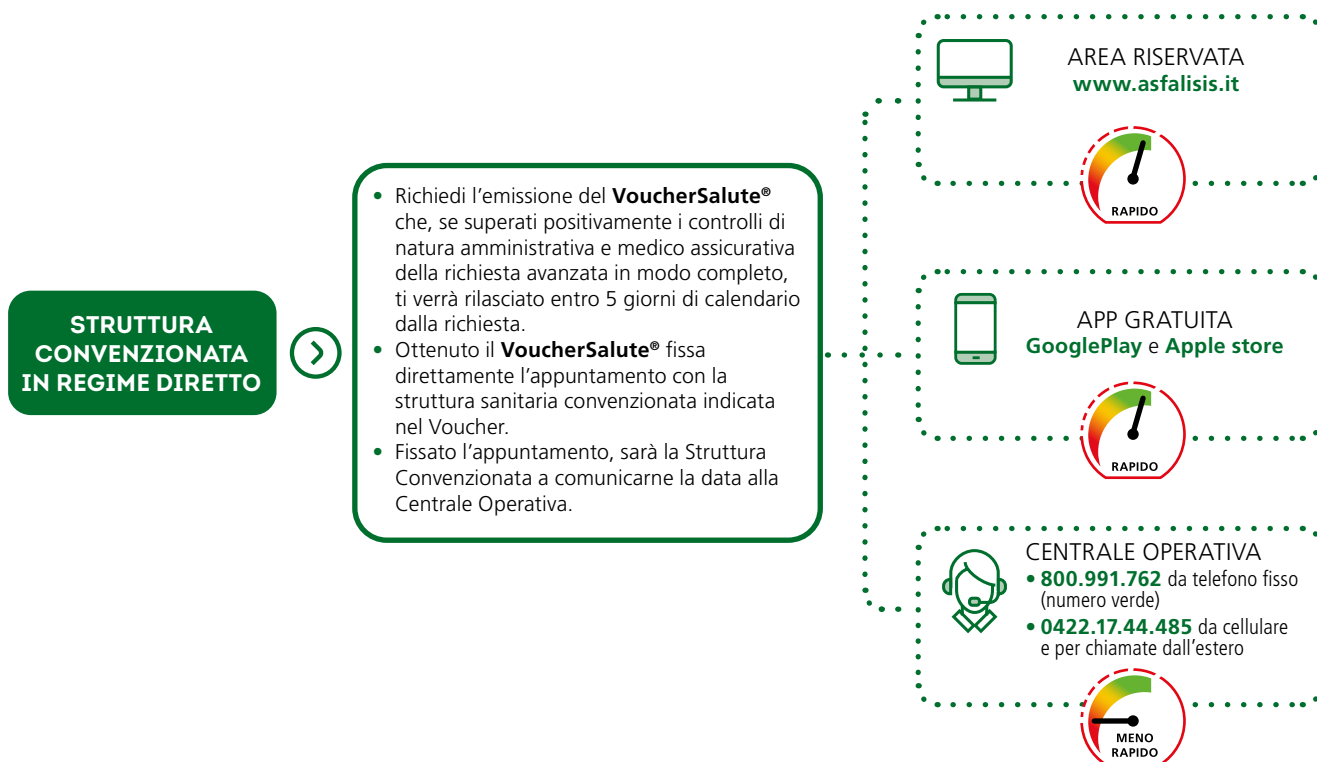
COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

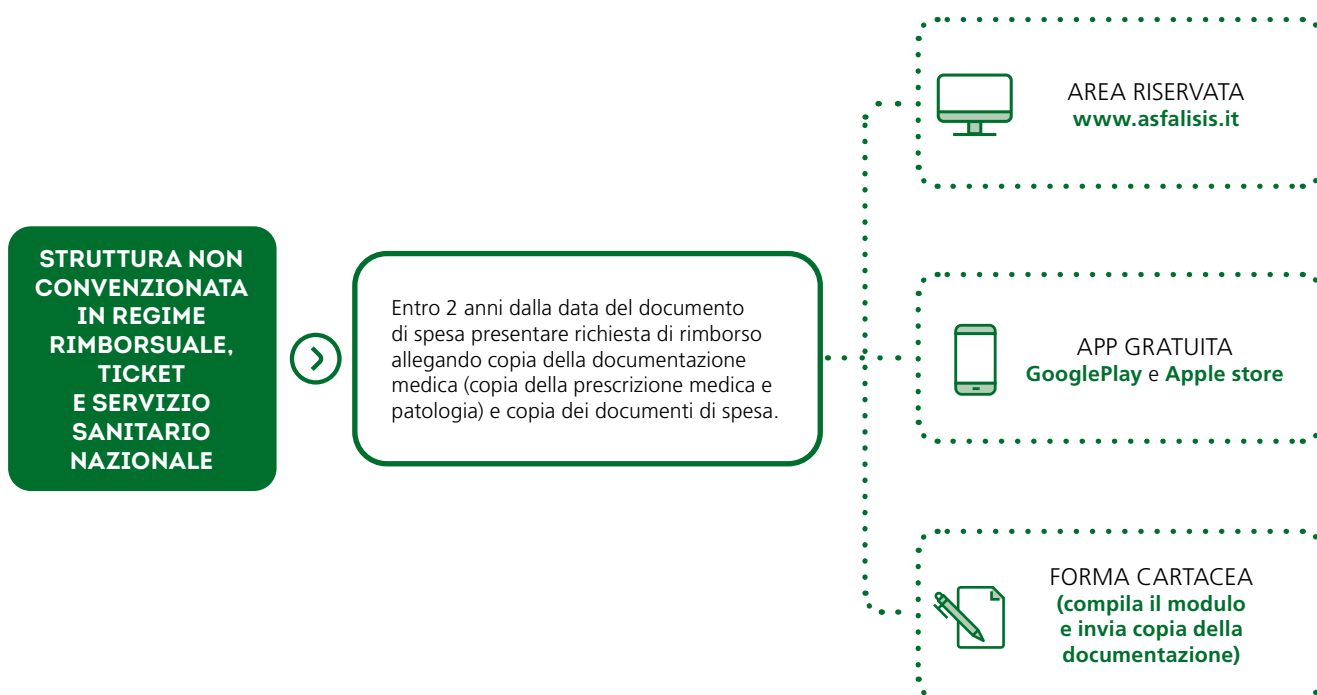
- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- B.** Copia prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
- C.** Indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio).

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?



Piano Sanitario Base

ODONTOIATRIA

**D.****ODONTOIATRIA**

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione.

Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, l'Assicurato ha diritto di effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati.

L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.

Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.



D.1.

CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- cure odontoiatriche (paradontologia - ad es. levigature - e diagnostica dentale - ad es. ortopantomica, rx endorale). Non sono comprese l'ortodonzia (ad es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);
- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia) protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia purché siano rispettate due condizioni:

- le protesi siano relative ad interventi indennizzati successivamente al 01/01/2021 ed effettuati dall'Assicurato in vigenza di copertura
- l'Assicurato sia in continuità di copertura con le precedenti polizze delle Società del Gruppo Accenture in scadenza al 31/12/2022 stipulate con Intesa Sanpaolo RBM Salute.

D.1.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 20%	3.500,00 euro anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale	scoperto 25%	il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale"
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	



D.2.

VISITA ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e seduta di igiene orale (**1 volta l'anno** in un'unica seduta per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

D.2.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 25% e massimo 45,00 euro anno/persona	il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

N.B. È riconosciuta all'Assicurato la possibilità di eseguire la seduta di igiene orale anche in assenza di visita odontoiatrica: non è necessaria l'indicazione in fattura del riferimento sia alla visita odontoiatrica che alla seduta di igiene orale, ma è sufficiente l'indicazione anche soltanto dell'"igiene orale" per il riconoscimento dell'indennizzo.


D.3.
VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita pedodontica e ablazione tartaro (**1 volta l'anno**).

D.3.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	
Regime rimborsuale	massimo 45,00 euro anno/persona	Illimitato
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	



D.4.

SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	Illimitato
Regime rimborsuale	- non sono previsti franchigie e scoperti - massimo 40,00 euro anno per singolo dente - massimo 2 denti a persona	
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti	



D.5.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga, senza franchigie o scoperti, le spese per:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.

L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

RADIOGRAFIE E REFERTI RADIOLOGICI (DATATI E FIRMATI DALL'ODONTOIATRA) PER:

- Osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro - palatino, toro mandibolare ecc.)
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.

RADIOGRAFIE, REFERTI RADIOLOGICI E REFERTI ISTOLOGICI, FOTOGRAFIE (DATATI E FIRMATI DALL'ODONTOIATRA) PER:

- Odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; **per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.**
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose.

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato;
- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero;
- rette di degenza: *non sono comprese le spese voluttuarie.*

D.5.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 35%	
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	3.500,00 euro per anno/nucleo familiare

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

Prescrizione medica dell'odontoiatra, con l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante e della patologia/diagnosi: la prescrizione medica non è richiesta per le prestazioni di prevenzione odontoiatrica di cui al § D.2.

Per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richiesti alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:

- fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentscan
- referto dell'esame istologico in caso di asportazione di cisti mascellari, mandibolari, radicolari o biopsie
- certificati di laboratorio, timbrato e firmato dalla struttura. Il certificato di laboratorio è relativo a manufatti protesici eseguiti e deve contenere nome del paziente, data di esecuzione/consegna, tipo di manufatto realizzato (es: corona provvisoria o protesi mobile), nonché il materiale con cui è stato realizzato (es. ceramica integrale, resina, leghe)

da cui si evidenzia la patologia che ha reso necessaria la prestazione, come meglio dettagliati nella tabella riportata di seguito:

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

	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI/EVIDENZE PRE PRESTAZIONE RICHISTI	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI/EVIDENZE DURANTE L'ESECUZIONE PRESTAZIONE RICHISTI	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI/EVIDENZE POST PRESTAZIONE RICHISTI
CONSERVATIVA (ad esempio cavità di 5^a classe di BLACK)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	Fotografie in caso di ricostruzione con ancoraggio vite a perno	Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi, solo certificato di laboratorio
CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotetico e asportazione cisti	Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di - asportazione cisti mascellari: anche esame istologico e ortopantomica post prestazione (ortopantomica in alternativa a Rx endorale). - estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche la fattura dell'anestesista - biopsie: esame istologico post prestazione.
IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)	Radiografie endorali e/o ortopantomiche e/o Dentalscan		Radiografie endorali e/o ortopantomiche
PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio
PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	Fotografie in caso di: innesto autogeno o di materiale biocompatibile (prima della sutura), lembo gengivale semplice, lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti mucogengivali, levigatura delle radici e/o curettage gengivale.	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche
DIAGNOSTICA (per es. radiografia endorale)			Immagine referto che riporti data, nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della prestazione

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

Per le prestazioni dentarie, che devono essere presentate dopo l'avvenuta prestazione:

- per conservativa endodontica (ad esempio trattamento di una carie), cure odontoiatriche e protesi dentarie (per es. splintaggio, molaggio, esami radiografici): la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante e la patologia/diagnosi. La prescrizione medica non è richiesta per le prestazioni di prevenzione odontoiatrica di cui al § D.2.

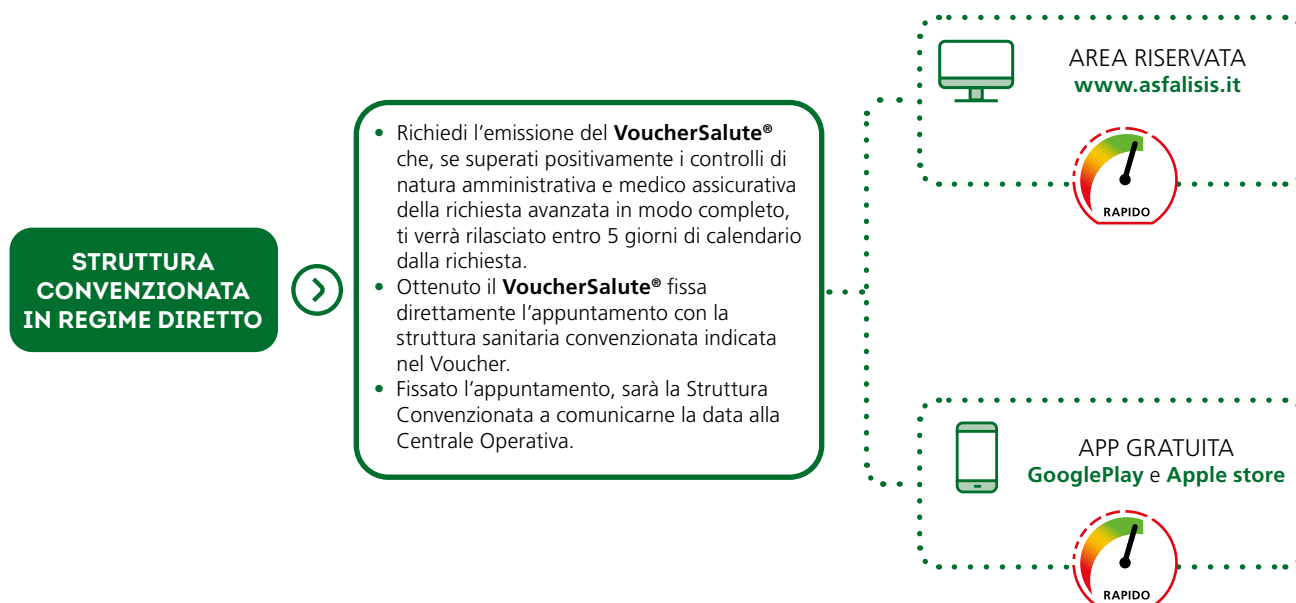
In caso di infortunio devono essere presentati anche: referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da Intesa Sanpaolo RBM Salute. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.

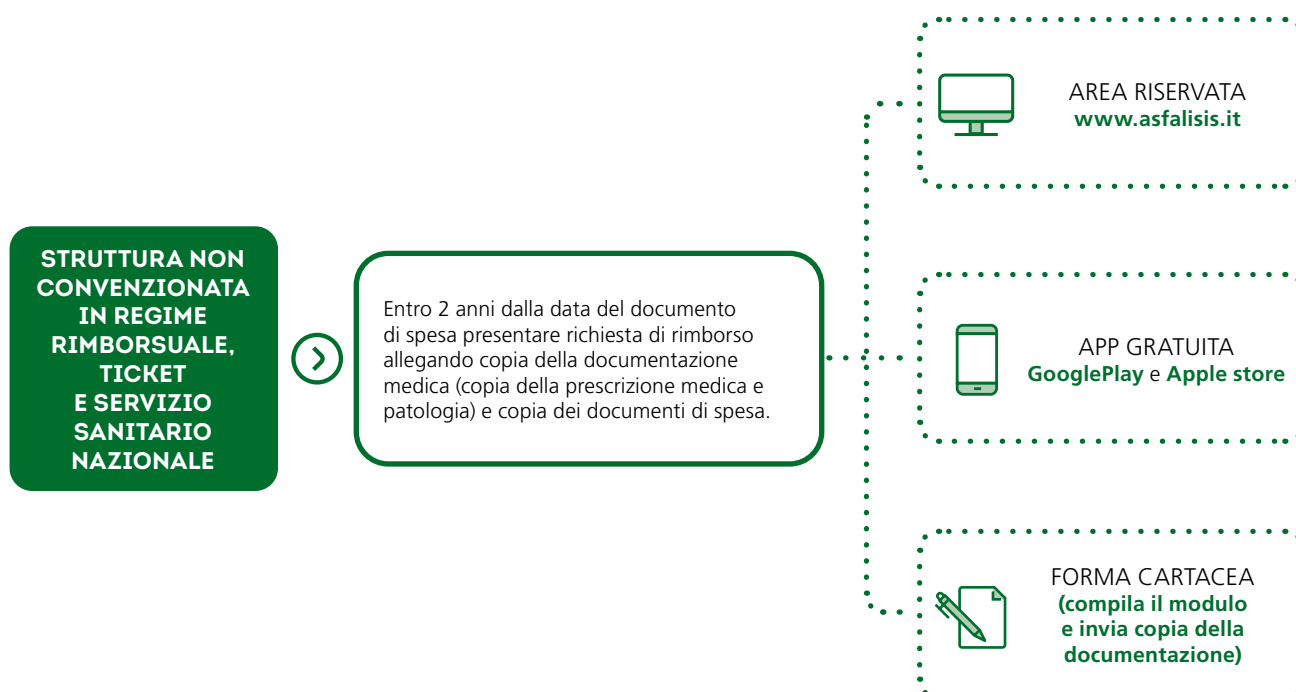
Le cure dentarie da infortunio devono essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio deve essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie, prescrizione del medico odontoiatra) se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, anche il nominativo e il recapito del terzo.

In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole).

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?





Piano Sanitario Base

PREVENZIONE

**E.****PREVENZIONE**

Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il network, è necessario chiedere l'autorizzazione.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione (ovvero copertura al 100%). Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1. PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo nucleo familiare le prestazioni sotto elencate.

Esami del sangue:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES.

Urine: esame chimico, fisico e microscopico.

Feci: ricerca del sangue occulto **solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti.**

Elettrocardiogramma di base.

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi).

E.1.1 PREVENZIONE BASE	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta		Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 20%	80,00 euro a pacchetto

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta all'anno per l'Assicurato o in alternativa per un componente del nucleo familiare.**

E.1.2 SINDROME METABOLICA

E.1.2 SINDROME METABOLICA	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta		Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 20%	massimale 25,00 euro a pacchetto, elevato a 50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata

In caso di esito positivo, l'Assicurato potrà compilare il questionario raggiungibile accedendo alla propria Area riservata (**www.asfalis.it**).

Intesa Sanpaolo RBM Salute analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo RBM Salute (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite. L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma.

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.2. PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

PACCHETTO A (in alternativa a pacchetto B)	Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST
PACCHETTO B (in alternativa a pacchetto A)	Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)
PACCHETTO C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)	Donne – tra 40 e 49 anni - Visita senologica - Mammografia Donne – oltre i 50 anni Mammografia Donne – senza limiti di età Ecografia transvaginale

E.2.1 PACCHETTO DONNA	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta		Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 20%	80,00 euro a pacchetto

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE

(prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta all'anno, quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta		Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 20%	36,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo può essere eseguito 1 volta l'anno.

UOMO - OLTRE I 21 ANNI	- Visita cardiologica - Ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni)
UOMO - OLTRE I 50 ANNI	- PSA - Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo
UOMO - SENZA LIMITE DI ETÀ	- Visita urologica - Ecografia prostatica (Ecografia transrettale)

E.3.1 PACCHETTO UOMO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta		Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 20%	80,00 euro a pacchetto

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA

(aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate, 1 volta l'anno:

- PSA FREE
- 2 PRO PSA

E.3.2	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta		Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 20%	50,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

CONDIZIONI

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Ogni pacchetto prevenzione del protocollo adulti è usufruibile da un solo componente del nucleo familiare.
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- C.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.
- D.** Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il network, è necessario chiedere l'autorizzazione.

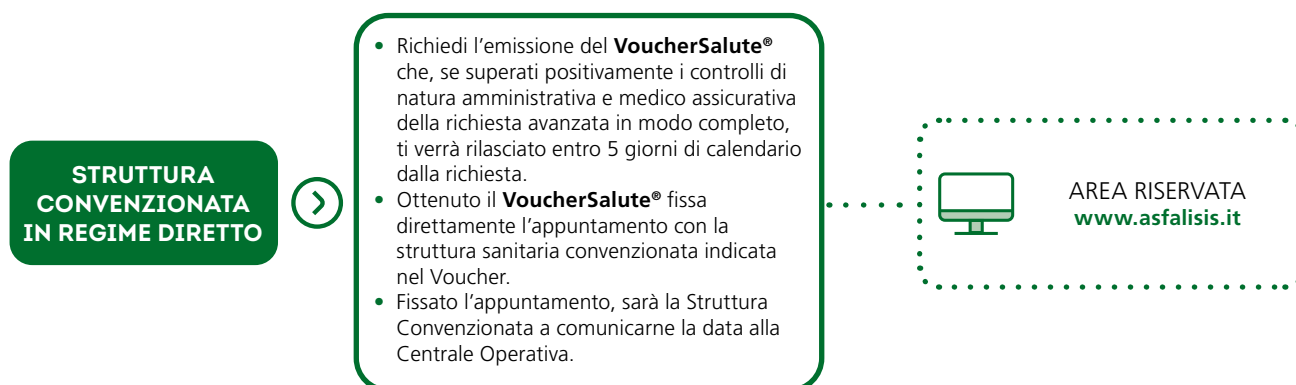
COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

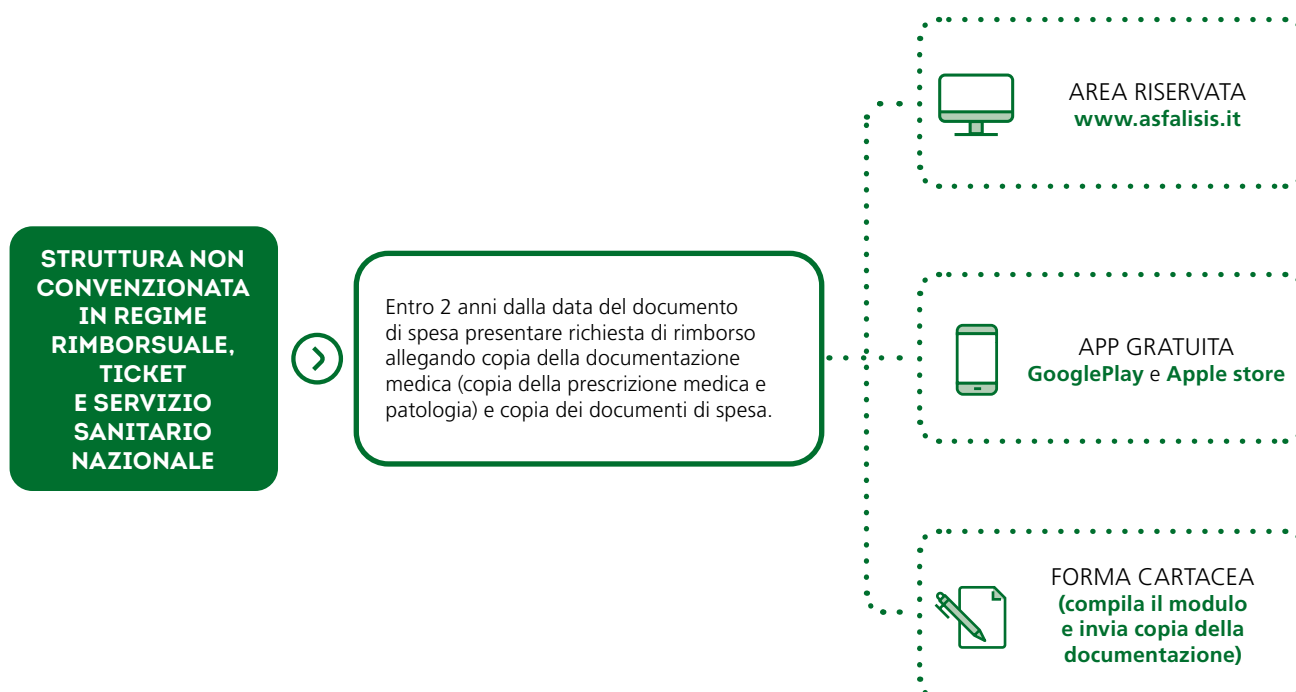
- A.** Copia fatture, notule, ricevute.

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?



Piano Sanitario Base

INVALIDITÀ PERMANENTE

**(per patologie o infortuni insorti
anche prima dell'attivazione
della copertura sanitaria)**

**F.****INVALIDITÀ PERMANENTE****F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)**

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

A) INVALIDITÀ DA INFORTUNIO SUL LAVORO O DA MALATTIE PROFESSIONALI CERTIFICATA DALL'INAIL:

- a.** Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- b.** Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- c.** Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b. In presenza di questi requisiti, la Compagnia mette a disposizione degli iscritti, *una tantum* (cioè una sola volta nell'annualità), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento...);
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti...);
5. assistenza psicologica/psichiatrica;
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf);
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo;
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione;
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico;
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

**F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE 24% - 33%
(DA MALATTIA O INFORTUNIO)**

CONDIZIONI / MASSIMALE

Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di Assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nell'annualità); pertanto, non sono ammesse più richieste di rimborso/presa in carico in forma diretta, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.
Nel caso in cui la singola prestazione da indennizzare abbia generato più fatture, l'Assicurato dovrà presentare la richiesta di rimborso in un'unica soluzione, allegando tutte le fatture.

Massimale – **7.000,00 euro**

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati);
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.);
5. assistenza psicologica/psichiatrica;
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf);
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo;
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione;
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico;
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

**F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE > 33% - 66%
(DA MALATTIA O INFORTUNIO)**
CONDIZIONI / MASSIMALE

Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di Assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nell'annualità); pertanto, non sono ammesse più richieste di rimborso/presa in carico in forma diretta, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta. Nel caso in cui la singola prestazione da indennizzare abbia generato più fatture, l'Assicurato dovrà presentare la richiesta di rimborso in un'unica soluzione, allegando tutte le fatture.

Massimale – **10.000,00 euro**

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati);
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.);
5. assistenza psicologica/psichiatrica;
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf);
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo;
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione;
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico;
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro i 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

**F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE > 66% - 100%
(DA MALATTIA O INFORTUNIO)**
CONDIZIONI / MASSIMALE

Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di Assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nell'annualità); pertanto, non sono ammesse più richieste di rimborso/presa in carico in forma diretta, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta. Nel caso in cui la singola prestazione da indennizzare abbia generato più fatture, l'Assicurato dovrà presentare la richiesta di rimborso in un'unica soluzione, allegando tutte le fatture.

Massimale – **15.000,00 euro**

B) INVALIDITÀ PER PATOLOGIA CERTIFICATA DALL'INPS, DI GRADO UGUALE O SUPERIORE ALL'80%:

- a.** di grado compreso tra l'80% e il 90%
- b.** di grado compreso tra il 91% e il 100%.

In presenza di questi requisiti, la Compagnia mette a disposizione degli iscritti, *una tantum* (cioè una sola volta nell'annualità), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...);
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.);
5. assistenza psicologica/psichiatrica;
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf);
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE 80% - 90% (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

CONDIZIONI / MASSIMALE

Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di Assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nell'annualità); pertanto, non sono ammesse più richieste di rimborso/presa in carico in forma diretta, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta. Nel caso in cui la singola prestazione da indennizzare abbia generato più fatture, l'Assicurato dovrà presentare la richiesta di rimborso in un'unica soluzione, allegando tutte le fatture.

Massimale – **8.000,00 euro**

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati);
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...);
5. assistenza psicologica/psichiatrica;
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf);
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo;
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione;
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico;
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro i 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

**F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE 91% - 100%
(DA MALATTIA O INFORTUNIO)**
CONDIZIONI / MASSIMALE

Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di Assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nell'annualità); pertanto, non sono ammesse più richieste di rimborso/presa in carico in forma diretta, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta. Nel caso in cui la singola prestazione da indennizzare abbia generato più fatture, l'Assicurato dovrà presentare la richiesta di rimborso in un'unica soluzione, allegando tutte le fatture.

Massimale – **10.000,00 euro**

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica con indicata la patologia.
- B.** Copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante il grado di invalidità permanente.
- C.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- D.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.
- E.** Contattare la Centrale Operativa (ove non previsto VoucherSalute®)

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali.
- B.** Copia prescrizione medica con indicata la patologia.
- C.** Per le prestazioni di fisioterapia: indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio).
- D.** Copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante il grado di invalidità permanente.

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

Piano Sanitario Base

ALTRE PRESTAZIONI



G.1.

INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra:

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

DURANTE IL RICOVERO/ L'INTERVENTO

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

G.1.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 30%	limite di spesa annuo 5.000,00 euro per evento
Regime rimborsuale		
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	limite di spesa annuo 2.500,00 euro per evento

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica, con indicato l'intervento da effettuare e il quesito diagnostico o la patologia.
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- C.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali.
- B.** Copia cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.
- C.** Dettagliata relazione medica che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale.

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


G.2.
LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESSE LE MONTATURE) O A CONTATTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista.

G.2.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	80,00 euro una tantum (una sola volta nell'annualità) a nucleo familiare
Regime rimborsuale		

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Copia del certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesta il difetto visivo, in caso di acquisto lenti.
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- C.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture, notule, ricevute.
- B.** Copia del certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesta il difetto visivo, in caso di acquisto lenti.
- C.** Certificato di conformità delle lenti.
- D.** La richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno assicurativo (fermo rimanendo che il rimborso per la garanzia è previsto una tantum - cioè per una sola richiesta che può essere presentata una sola volta nell'annualità).

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



G.3.

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - tutte le tecniche

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) **senza franchigie o scoperti** per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute;
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

G.3.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	700,00 euro anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale		500,00 euro anno/nucleo familiare

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- Prescrizione medica con indicazione della patologia.
- Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- Copia fatture e/o ricevute fiscali.
- Copia cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.

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



G.4.

**TRISOMIA 21 - SINDROME DI DOWN
(FIGLI DEL TITOLARE CAPONUCLEO)**

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la garanzia prevede una indennità di **1.000,00 euro** per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

La garanzia:

- è una semplice indennità ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia delle spese per le cure, l'assistenza e la promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21;
- a causa della natura e dei fini dell'indennità, l'importo è esente da imposte¹.

COSA SERVE PER CHIEDERE L'INDENNITÀ

Certificato medico che attesta la diagnosi di Trisomia 21

¹ Art. 6, comma 2, del TUIR - Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).



G.5.

VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti);
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.5.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	350,00 euro anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale	rimborso senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita	250,00 euro anno/nucleo familiare
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti	

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- Prescrizione medica con indicazione della patologia.
- Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- Copia prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.

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


G.6.
LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per logopedia a seguito di malattia effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.6.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	
Regime rimborsuale	rimborso senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta	100,00 euro anno/nucleo familiare
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti	

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE
FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

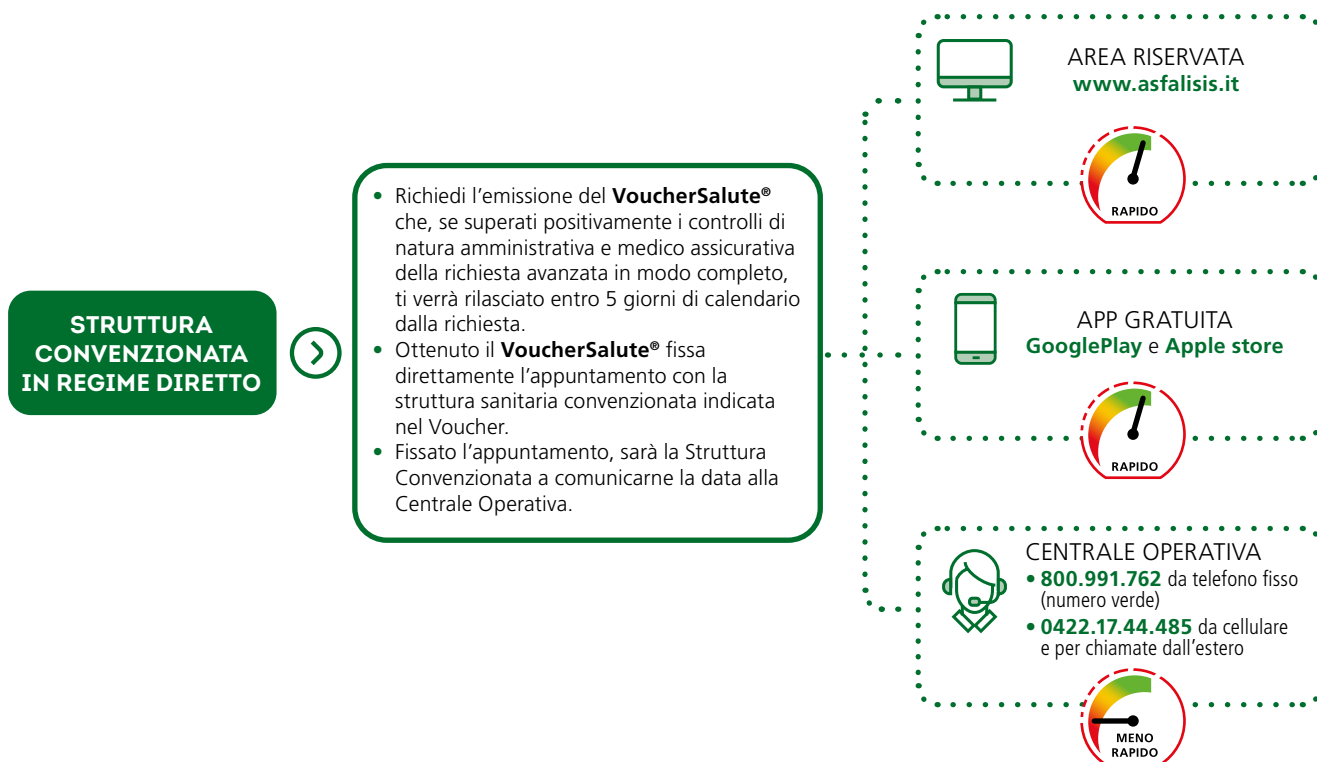
- A.** Prescrizione medica con indicazione della patologia.
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- C.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO
FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

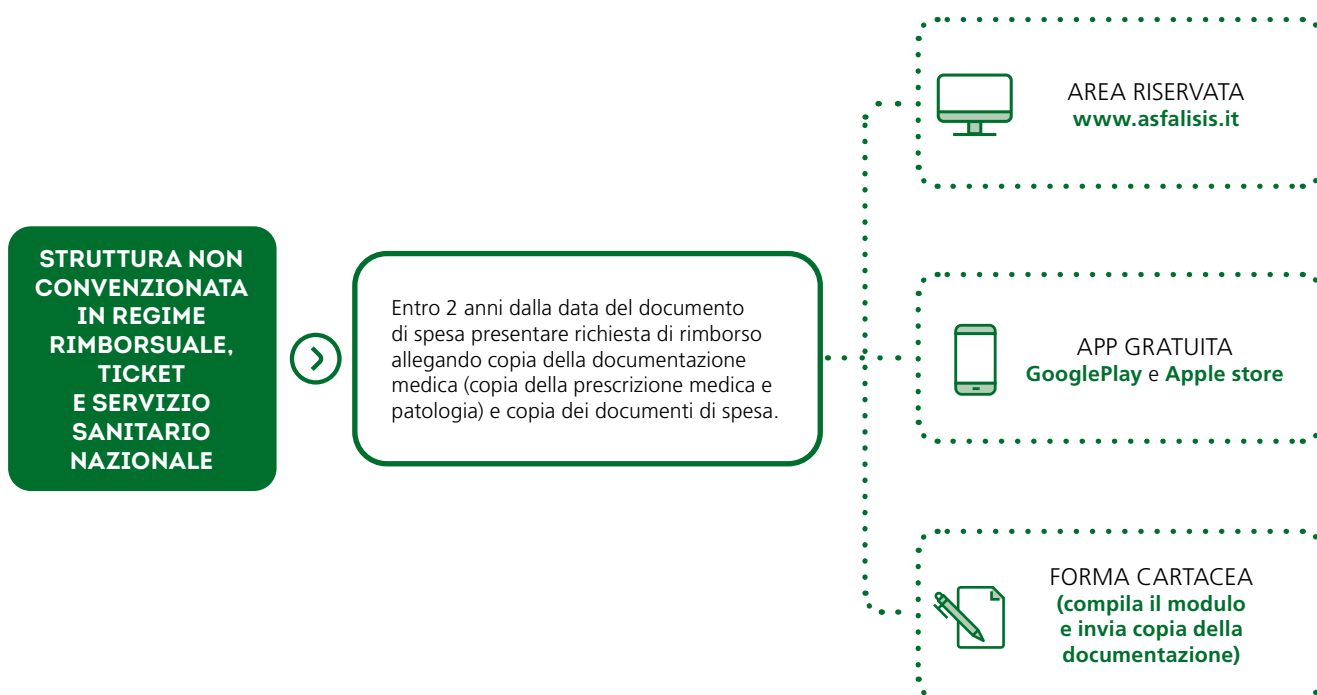
- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- B.** Copia prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata e indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/ specialista che ha effettuato la prestazione.

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?



Piano Sanitario Base

PRESTAZIONI SOCIALI

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO OTTENUTO IL RIMBORSO DI NESSUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1. INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un **indennizzo annuo** ai Titolari caponucleo che hanno figli disabili con invalidità riconosciuta superiore al 45%:

- a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai Titolari caponucleo per i figli con invalidità superiore al 45%
- **di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato 1.000,00 euro in caso di nucleo familiare monoparentale o monoreddito.**

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

COSA SERVE PER RICHIEDERE L'INDENNITÀ

- A.** Copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%. Per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva.
- B.** L'apposito modulo reperibile in Area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di rimborso comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'Assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie del Nucleo familiare. Si ricorda che la richiesta deve essere presentata a fine anno.
- C. (Eventuale) per l'accertamento del Nucleo familiare monoparentale:** dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia.*
- D. (Eventuale) per l'accertamento del Nucleo familiare monoreddito:**
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia.*

* Artt. 19 "Modalità alternative all'autenticazione di copie" - 46 "Dichiarazioni sostitutive di certificazioni" – 47 "Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà" D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

COME FARE PER RICEVERE L'INDENNITÀ?

