

Norme Generali che regolano l'adesione al piano mutualistico RIMBORSO SPESE MEDICHE – QUERCIA 100 - NOBIS

PREMESSA

Il presente contratto di adesione al piano mutualistico di rimborso spese mediche, erogato dalla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE, individua le prestazioni previste in favore del Socio nel caso in cui questi debba sostenere spese di natura medica e sanitaria a seguito di infortunio o malattia.

L'adesione al presente piano mutualistico avviene in base alla precedente iscrizione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE

I dati riportati nel presente contratto rappresentano i punti salienti delle forme di assistenza e costituiscono elemento vincolante, al fine della garanzia, eventualmente integrata dal testo di Convenzione separatamente sottoscritto dalla Mutua.

La Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE infatti eroga la presente prestazione in caso di rimborso spese mediche sulla base di una convenzione stipulata con una Impresa di Assicurazione, di seguito definita "Compagnia assicuratrice sottostante (NOBIS spa).

La Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE risulta essere Contraente e Beneficiaria della convenzione di cui sopra.

Per ulteriori informazioni ed eventuali chiarimenti, i Soci possono rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti di Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE

Mail: adesioni@mutuades.it

Telefono: +39 011-0620637

CONTRATTO DI ADESIONE AL PIANO MUTUALISTICO RIMBORSO SPESE MEDICHE - QUERCIA 100 - NOBIS

Art. 1 – Norme di carattere generale

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Socio o di chiunque sia beneficiario del piano mutualistico relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e sulla situazione legata alla attivazione dei piani possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo/rimborso nonché l'annullamento del piano mutualistico e relativa esclusione da Socio della Mutua per comportamento scorretto verso la mutua stessa e gli altri Soci.

Art. 1.2 - Conclusione del contratto - Decorrenza del Piano mutualistico – Versamento del contributo mutualistico e quote associative

La domanda di adesione si ritiene conclusa nel momento in cui sia debitamente sottoscritta dal Socio e sia stata valutata positivamente con apposita delibera del Consiglio di Amministrazione (CdA) della Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE. La copertura sottoscritta ha effetto dalle 24:00 del giorno di delibera del CdA, se il Contributo o la prima rata di esso sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle 24:00 del giorno del versamento dei contributi. Il Contributo è sempre determinato per periodi di un anno (12 mesi) ed è interamente dovuto dal Socio, anche qualora ne sia stato convenuto il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale.

Il versamento del Contributo e delle quote associative può essere effettuato solo nelle seguenti modalità:

- a) addebito automatico sul conto corrente bancario o postale del Socio o di uno dei familiari beneficiari;
- b) assegno circolare o bancario intestato a Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE;
- c) Bonifico bancario o postale sui rispettivi conti correnti indicati sulla domanda di adesione ed intestato a Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE

Nel caso sia stato scelto di versare il contributo tramite assegno, questo viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del versamento del titolo. L'assegno, sia esso circolare o bancario, deve essere intestato a Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE e munito della clausola di non trasferibilità. In caso di mancato versamento del Contributo o delle rate successive del Contributo, secondo le modalità sopra indicate e previste dal Regolamento Operativo, la copertura oggetto del presente Regolamento sarà automaticamente sospesa dalle 24:00 del 30° giorno successivo alla scadenza dell'ultima rata non versata. Il versamento del Contributo o delle rate del Contributo non corrisposte potrà avvenire prima che si sia verificata la risoluzione di diritto dell'Adesione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE ovvero entro il 180° giorno dal primo insoluto, restando inteso che durante il periodo di morosità le richieste di prestazioni o di rimborso non saranno liquidabili; la riattivazione del piano mutualistico avrà efficacia dalle ore 24:00 del giorno di delibera prestabilito e del relativo versamento (di tutte le rate di Contributo non corrisposte) e, in tal caso, rimarranno ferme le successive scadenze del versamento dei contributi.

Art. 1.3 - Adeguamento del Contributo

Il Contributo annuale previsto per ciascun Socio potrà essere adeguato nel tempo. Tale adeguamento sarà applicato previa comunicazione all'assistito entro 60 giorni antecedenti la scadenza annuale della Copertura al fine di mantenere un equilibrio tra i partecipanti alla Mutua nonché la tenuta finanziaria ed economica di quest'ultima.

Art. 1.4 - Durata e proroga dell'adesione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE al piano mutualistico RIMBORSO SPESE MEDICHE - QUERCIA 100 - NOBIS

Fermo restando che l'adesione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE ha finalità di operare per la vita intera del Socio, le prestazioni comprese nel piano mutualistico QUERCIA 100 NOBIS operano al momento nei limiti di età di cui all'art. 2.2 al fine di garantire la tenuta e la stabilità della Mutua.

L'adesione al piano sanitario QUERCIA 100 NOBIS si rinnova tacitamente, fatto salvo il diritto di disdetta e recesso che potranno essere esercitati da ambo le parti. Il socio potrà recedere con un preavviso di 60 giorni tramite raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo Via A. Volta 31/A 10040 Druento (TO) oppure alla pec mutuades@pec.net R esta fermo il diritto della Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE di recedere in caso di morosità superiore a sei mesi o comportamenti scorretti e/o manifestamente in conflitto con la Società.

Art. 1.5 - Modifiche del Regolamento dei Piani Mutualistici

Le eventuali modifiche ai vari piani mutualistici devono essere provate per iscritto.

Art. 1.6 – Forme per l'adesione al piano mutualistico RIMBORSO SPESE MEDICHE - QUERCIA 100 - NOBIS

L'adesione viene attivata individualmente dal singolo Socio.

Art. 1.7 - Foro competente

Ogni controversia relativa al presente regolamento è soggetta alla giurisdizione italiana ed alla competenza esclusiva del Tribunale di Milano.

Art. 2 – Prestazioni previste con l'adesione al piano mutualistico erogato dalla Società di Mutuo Soccorso Diritto e Salute – RIMBORSO SPESE MEDICHE - QUERCIA 100 - NOBIS

Art. 2.1 – Oggetto delle prestazioni previste con l'adesione al piano mutualistico QUERCIA 100 - NOBIS

Oggetto del piano mutualistico è il rimborso delle spese sanitarie sostenute dal Socio.

La Mutua Diritto E Salute accorda al Socio il rimborso delle spese - accertate e documentate - fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti, gli scoperti e le franchigie indicate nel quadro sinottico di cui all'appendice A e scelti all'atto della attivazione del piano mutualistico

Il piano mutualistico opera, fino alla concorrenza del massimale indicato nell'Opzione prescelta indicata in contratto, per il rimborso delle spese sostenute dal Socio per ricovero in Istituto di Cura, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da infortunio - anche causato da colpa grave - malattia, parto o aborto terapeutico eseguito in conformità con la vigente normativa.

Il piano mutualistico opera, altresì, per le spese sostenute in regime di Day Hospital, Day Surgery o per interventi chirurgici ambulatoriali.

L'ammontare complessivo dei rimborsi per l'insieme dei casi verificatisi nel corso di un medesimo anno, non potrà superare il massimale annuo per persona o per nucleo come specificato in contratto.

Qualora il Socio decida di inserire nel piano mutualistico i componenti del nucleo, tutti i membri dovranno essere inseriti e assistiti con le medesime garanzie e somme,

Art. 2.2 – Limiti di età e persone che non possono accedere ai piani mutualistici rimborso spese mediche di cui al presente contratto.

L'adesione al piano mutualistico è consentita alle persone che al momento della stipula abbiano compiuto non più di 74 anni. Le prestazioni sono operanti nella formula base fino al raggiungimento del 78° anno di età.

Art. 2.3 – Regole di adesione territoriale e relativa validità.

Le prestazioni sono valide per i Soci residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Stato della Città del Vaticano al momento dell'adesione o dell'eventuale rinnovo; qualora vi sia una variazione in corso d'anno, le prestazioni saranno operanti sino alla scadenza dello stesso.

La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che il rimborso delle prestazioni venga effettuato in Italia, con pagamento dei rimborsi in euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

La copertura per prevenzione e check-up vale presso i Centri Convenzionati con DIRITTO E SALUTE SMS in Italia

Art. 2.4 – Oggetto delle prestazioni previste con l'adesione al piano mutualistico – Soci con età sino al compimento del 78° anno di età.

La Mutua Diritto E Salute rimborsa le spese nei limiti e fino alla concorrenza dei massimali stabiliti per il Piano Sanitario di cui al presente piano sanitario per le prestazioni e i massimali indicati negli articoli seguenti riferiti a:

- Ricoveri per grandi interventi (Elenco in Allegato I);
- Ricoveri per gravi patologie (Elenco in Allegato II);
- Ricovero con intervento chirurgico (diverso da elenco in Allegato I);
- Ricovero senza intervento chirurgico (diverso da elenco in Allegato II);
- Parto cesareo;
- Aborto terapeutico, spontaneo o post traumatico;
- Parto non cesareo (anche domiciliare);
- Strumenti sanitari di supporto;
- Prestazioni fuori ricovero di alta specializzazione;
- Esami diagnostici;
- Lenti;
- Visite specialistiche;
- Rimborso ticket;
- Invio di un fisioterapista;
- Accertamenti di medicina preventiva.

Le prestazioni sono riservate a Soci con età sino al compimento del 78° anno di età

Ricoveri con o senza interventi chirurgici

La copertura, per periodo di copertura e per nucleo familiare, nei limiti e fino alla concorrenza dei massimali stabiliti, opera per le prestazioni di seguito riportate nel seguente quadro sinottico in caso di malattie e infortunio:

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	SERVIZIO SOCIO SANITARIO NAZIONALE
Ricoveri per Grandi Interventi di cui all'Allegato I			
Massimo indennizzo € 100.000,00	Massimo indennizzo 100.000,00 Quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio	Massimo indennizzo 100.000,00 Nessuna quota a carico del Socio sulla parte convenzionata e Quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio sulla parte non convenzionata	Massimo indennizzo 100.000,00 Rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento oppure Indennità sostitutiva del rimborso pari a € 100 al giorno per un massimo di 100 giorni

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	SERVIZIO SOCIO SANITARIO NAZIONALE
---------------------	-----------------------	-------------------	------------------------------------

Ricoveri per Gravi Patologie di cui all'Allegato II

Massimo indennizzo € 100.000,00	Massimo indennizzo 100.000,00 Quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio	Massimo indennizzo 100.000,00 Nessuna quota a carico del Socio sulla parte convenzionata e quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio sulla parte non convenzionata	Massimo indennizzo 100.000,00 per evento a carico del Socio oppure Indennità sostitutiva del rimborso pari a € 100 al giorno per un massimo di 100 giorni
---------------------------------	--	---	--

Ricovero con intervento chirurgico (diverso dall'Allegato I)

Massimo indennizzo € 50.000,00	Massimo indennizzo € 50.000,00 Quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio	Massimo indennizzo € 50.000,00 Nessuna quota a carico del Socio sulla parte convenzionata e Quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio sulla parte non convenzionata	Massimo indennizzo € 50.000,00 oppure Indennità sostitutiva del rimborso pari a € 100 al giorno per un massimo di 100 giorni
--------------------------------	---	--	---

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	SERVIZIO SOCIO SANITARIO NAZIONALE
---------------------	-----------------------	-------------------	------------------------------------

Ricovero senza intervento chirurgico (diverso dall'Allegato II)

Massimo indennizzo € 50.000,00	Massimo indennizzo € 50.000,00 Quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio	Massimo indennizzo € € 50.000,00 Nessuna quota a carico del Socio sulla parte convenzionata e Quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio sulla parte non convenzionata	Massimo indennizzo € 50.000,00 oppure Indennità sostitutiva del rimborso pari a € 100 al giorno per un massimo di 100 giorni
--------------------------------	---	--	---

Parto Cesareo – Aborto terapeutico o spontaneo o post-traumatico

Massimo indennizzo € 2.500,00 Nessuna quota a carico	Massimo indennizzo € 2.500,00 Quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio	Massimo indennizzo € 2.500,00 Nessuna quota a carico del Socio sulla parte convenzionata e Quota del 20% delle spese con minimo di € 1.500 per evento a carico del Socio sulla parte non convenzionata	Indennità sostitutiva del rimborso pari a € 100 al giorno per un massimo di 100 giorni
---	--	---	--

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	SERVIZIO SOCIO SANITARIO NAZIONALE
---------------------	-----------------------	-------------------	------------------------------------

Parto non cesareo (anche domiciliare)

Massimo indennizzo 1.000 €	Massimo indennizzo 1.000 € Rimborso al 100%	Massimo indennizzo 1.000 € Nessuna quota a carico del Socio sulla parte convenzionata e Rimborso al 100% delle spese sulla parte non convenzionata	Indennità sostitutiva del rimborso pari a € 100 al giorno per un massimo di 100 giorni
----------------------------	--	---	--

Qualora il Socio usufruisca di prestazioni erogate da Strutture Sanitarie accreditate con il S.S.N., ovvero erogate con attività c.d. "intraoemia", se la struttura sanitaria e i medici sono convenzionati con DIRITTO E SALUTE SMS, il Socio avrà accesso alla copertura diretta, altrimenti usufruirà della copertura indiretta o mista a seconda dei presupposti.

Spese pre e post ricoveri con o senza interventi chirurgici

In relazione a tali prestazioni, DIRITTO E SALUTE SMS rimborsa, alle stesse condizioni e limiti previsti per il relativo ricovero, le spese sostenute:

- nei 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico anche in day hospital/day-surgery, per:
 - visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché dette prestazioni siano inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico anche in day hospital;

- durante il ricovero o l'intervento chirurgico, anche in day hospital/day-surgery, per:
 - accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica;
 - terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali;
 - onorari dell'équipe che effettua l'intervento chirurgico, materiale di intervento (comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia del Socio);
 - diritti di sala operatoria;
 - rette di degenza.
- nei 90 giorni successivi il ricovero o l'intervento chirurgico, anche in day hospital/day-surgery, in seguito alla dimissione dall'Istituto di Cura, per:
 - visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata, entro 90 giorni;
 - prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da intervento chirurgico, infortunio, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco entro 90 giorni;

Si precisa che sono compresi, nelle spese pre e post ricovero, le visite e gli accertamenti strumentali in caso di gravidanza a rischio certificata.

Indennità sostitutiva del rimborso delle spese inerenti il ricovero

Qualora le spese di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, DIRITTO E SALUTE SMS corrisponde, in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte ai punti precedenti, l'indennità sostitutiva per ciascun pernottamento in istituto di cura, con il massimo di 100 pernottamenti per periodo di copertura e per nucleo familiare, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi. Non è prevista indennità sostitutiva per intervento ambulatoriale e per la convalescenza a domicilio.

In caso di day hospital/day surgery l'indennità sostitutiva viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna, con il massimo di 100 giorni per anno e per nucleo familiare.

Nel caso in cui le spese inerenti ai punti precedenti fossero superiori all'importo dell'indennità di cui sopra, DIRITTO E SALUTE SMS provvederà al rimborso delle citate spese al netto di quanto eventualmente previsto a carico del Socio.

Strumenti sanitari di supporto

DIRITTO E SALUTE SMS rimborsa fino all'ammontare di € 1.000, con una quota del 20% delle spese con un minimo di € 50,00 a carico del Socio, per periodo di copertura e nucleo familiare, le spese sostenute per:

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

Le spese per i sopra indicati strumenti sanitari di supporto, saranno rimborsabili unicamente se gli stessi risulteranno essere stati prescritti da un medico specialista.

Prestazioni fuori ricovero

DIRITTO E SALUTE SMS mette a disposizione del Socio un plafond unico di € 500 per nucleo familiare e per anno, per le seguenti prestazioni:

- accertamenti diagnostici effettuati al di fuori dell'Istituto di Cura su prescrizione del medico curante o del medico specialista che consistano in:
 - ECOGRAFIA;
 - ECODOPPLER;
 - ECOCARDIOGRAFIA;
 - ELETTROCARDIOGRAFIA;
 - ELETTROENCEFALOGRAFIA;
 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;
 - TAC.
- l'acquisto di lenti correttive di vizi della vista, clinicamente accertati, escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari, per periodo di copertura e nucleo familiare. Le spese di cui sopra saranno rimborsabili unicamente se l'acquisto di lenti risulterà essere stato prescritto dal medico oculista o da ottico optometrista per "modifica del visus" (con tale termine si intende una certificazione con l'indicazione delle precedenti diottrie e di quelle attuali).

- nel caso di Infortunio o Malattia (anche sospetta), documentati da certificazione medica, il pagamento delle spese sostenute per visite specialistiche qualora le stesse vengano effettuate presso le strutture e i medici, sia convenzionati che non con DIRITTO E SALUTE SMS.
- il rimborso per ticket sanitari di qualsiasi genere.

Invio di un fisioterapista

Se il Socio a seguito di una malattia o di un infortunio, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico necessita di essere seguito (anche a domicilio) da un terapeuta della riabilitazione, DIRITTO E SALUTE SMS rimborsa ai Soci (non in forma diretta) l'importo di € 350,00 (trecentocinquanta,00) per Nucleo Familiare e per anno qualora i medesimi si rivolgano presso qualunque centro convenzionato con Mutua Diritto E Salute tramite la Centrale Operativa. Qualora il Socio si rivolga ad un fisioterapista di fiducia non convenzionato il suddetto limite è ridotto ad € 235,00 (duecentotrentacinque,00) per Nucleo Familiare e per anno

Accertamenti di medicina preventiva

DIRITTO E SALUTE SMS mette a disposizione del Socio la somma di € 100,00, per periodo di copertura e per nucleo familiare, per uno dei seguenti percorsi di accertamenti diagnostici e visite specialistiche di medicina preventiva che uno solo dei componenti del nucleo familiare può effettuare in tutto o in parte a libera scelta esclusivamente presso le Strutture Sanitarie convenzionate, in relazione alla prevenzione relativa a:

PERCORSO CARDIOVASCOLARE

(per tutti i Soci a prescindere dal sesso)

- Esame del sangue con i seguenti accertamenti: omocisteina, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, VES ed esame delle urine;
- Visita cardiologica con ECG;
- Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici;
- Rx del torace;
- Ecografia addome superiore;
- ECG sotto sforzo

PERCORSO ONCOLOGICO

(per i Soci di sesso maschile e di età superiore ai 45 anni):

- Accertamento dell'antigene prostatico specifico;
- Ecografia delle vie urinarie;

PERCORSO ONCOLOGICO

(per i Soci di sesso femminile di età superiore ai 40 anni):

- visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap-test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale).

PERCORSO PER LA DEGENERAZIONE DELLA STRUTTURA OSSEA

- DOC (Densimetria Ossea Computerizzata);
- MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata).

Art. 3 – Esclusioni e limiti di copertura

Art. 3.1 – Esclusioni

- La copertura non comprende le spese per:
- le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori, conosciute e diagnosticate, al momento dell'adesione, salvo quanto disciplinato nel paragrafo "Situazioni Pregresse";
- l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della copertura. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia a decorrere dal termine dell'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma;
- prestazioni effettuate a scopo preventivo in assenza di malattia e infortunio;
- infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza e patologie correlate;
- le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;

- gli infortuni derivanti da sport aerei o da partecipazione a corse/gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
- gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- gli infortuni derivanti da atto terroristico;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche;
- gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie, ortodontiche e delle paradontopatie, salvo quanto diversamente previsto da altro Piano Mutualistico;
- l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto diversamente previsto dal Piano Mutualistico;
- le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dal Socio;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- le conseguenze di guerra, insurrezione, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale e a sport c.d. estremi (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
- le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Art. 3.2 – Copertura di infortuni, malattie, malformazioni, stati patologici progressi

DIRITTO E SALUTE SMS, a parziale deroga dell'esclusione di cui al punto 3.1 e per riconoscere ed apprezzare la fiducia riservata nel tempo dai propri Soci, garantisce il rimborso delle spese, ovvero la diaria sostitutiva del rimborso, nella misura di cui alla tabella di seguito riportata per le situazioni pregresse e specificatamente per le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori, conosciute e diagnosticate, già al momento dell'adesione:

Periodo di associazione ^a	% di rimborso/diaria	Massimale annuo
DIRITTO E SALUTE SMS		
Dopo 3 anni consecutivi	Copertura nella misura del 35% di quanto previsto all'interno della Sezione "Medicina e Cure"	Sino ad un massimo di € 25.000 annui
Dopo 5 anni consecutivi	Copertura nella misura del 50% di quanto previsto all'interno della Sezione "Medicina e Cure"	Sino ad un massimo di € 35.000 annui
Dopo 7 anni consecutivi	Copertura nella misura del 75% di quanto previsto all'interno della Sezione "Medicina e Cure"	Sino ad un massimo di € 50.000 annui

Art. 3.3 – Termini di carenza

Le prestazioni previste nel presente piano mutualistico decorrono

- per gli infortuni dal momento in cui ha effetto l'adesione;
- per le malattie dal 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione;
- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal 300° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione;
- per l'aborto terapeutico o spontaneo o post-traumatico, la garanzia è operante soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'adesione;
- per le situazioni pregresse vedi tabella di cui all'art.3.2.

Le suddette carenze non si applicano qualora il piano mutualistico sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro piano o copertura assicurativa riguardante gli stessi Assistiti, oppure sia oggetto di rinnovo.

I termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la copertura sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente piano, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni ad essa previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso del contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni.

Art. 4 – Prestazioni previste con l'adesione al piano mutualistico erogato dalla Mutua Diritto E Salute di Mutuo Soccorso Diritto e Salute – MODALITA' PER LA GESTIONE DEI RIMBORSI

Art. 4.1 – Modalità di fruizione

Le prestazioni possono essere erogate nelle seguenti forme:

- Dirette: Utilizzo di Strutture Sanitarie e medici convenzionati con DIRITTO E SALUTE SMS, compresa attività c.d. "intramoenia" in strutture del S.S.N. convenzionate con DIRITTO E SALUTE SMS stessa e attività in Strutture Sanitarie, siano esse accreditate o meno con il S.S.N.;
- Indirette: Utilizzo di Strutture Sanitarie e medici non convenzionati con DIRITTO E SALUTE SMS, compresa attività effettuate in c.d. "intramoenia" in strutture del S.S.N. non convenzionate con DIRITTO E SALUTE SMS stessa e attività in Strutture Sanitarie private accreditate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie in regime privatistico che non siano convenzionate con DIRITTO E SALUTE SMS oppure utilizzo di Strutture Sanitarie convenzionate con DIRITTO E SALUTE SMS senza attivare la procedura di autorizzazione della prestazione attraverso la Centrale Salute;
- Miste: Utilizzo di Strutture Sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di Strutture Sanitarie convenzionate e medici non convenzionati con DIRITTO E SALUTE SMS;
- Servizio Socio Sanitario Nazionale: Utilizzo di strutture del S.S.N. il Socio avrà diritto ad una indennità sostitutiva giornaliera A maggior precisazione qualora il Socio usufruisca di prestazioni erogate da strutture sanitarie accreditate con il S.S.N, ovvero erogate con attività c.d. "intramoenia", se la Struttura Sanitaria e i medici sono convenzionati con DIRITTO E SALUTE SMS, il Socio avrà accesso alla copertura diretta, altrimenti usufruirà della copertura indiretta o mista a seconda dei presupposti.

Le prestazioni previste nel piano mutualistico vengono erogate, nel limite dei massimali anno pattuiti per ciascun Socio, con le modalità, i limiti ed i criteri qui di seguito elencati.

Si ricorda e precisa che la Diritto E Salute sms eroga le sue prestazioni ai Soci attraverso la Centrale Operativa della Compagnia Sottostante NOBIS spa, che opererà in nome e per conto di DIRITTO E SALUTE sms.

Il Socio potrà verificare sul sito www.nobis.it - sezione Salute l'elenco delle Strutture Sanitarie Convenzionate e gli eventuali aggiornamenti. Sul sito medesimo il Socio potrà trovare anche l'elenco sempre aggiornato dei Medici convenzionati.

Attenzione: l'elenco delle Case di Cura è da ritenersi puramente indicativo in quanto soggetto ad aggiornamenti. È necessario pertanto contattare sempre la Centrale Operativa per conoscere in tempo reale lo stato dei convenzionamenti e per usufruire del servizio prenotazioni.

Art. 4.2 – Prestazioni mediche effettuate presso Strutture in Network

Per usufruire delle prestazioni mediche di un centro convenzionato, il Socio deve:

- Contattare preventivamente la Centrale Operativa tramite i seguenti numeri telefonici:

Dall'Italia il n. verde - 800.89.41.49.

Dall'Italia il numero - 039.9890.722

Dall'estero il numero - +39-039.9890.722

comunicando con estrema precisione:

- nome e cognome, numero di contratto, indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico;
- leggere e inviare – secondo le modalità indicate dalla Centrale Operativa – la prescrizione medica del ricovero per poter concordare la Struttura Sanitaria e la Equipe medico chirurgica convenzionate più consone al caso.
- All'atto del ricorso alla Struttura Sanitaria Convenzionata, sottoscrivere lo specifico modello di "Richiesta prestazione" trasmesso dall'Impresa all'Ente Convenzionato.

Ad avvenuto ricovero, l'Impresa paga direttamente, senza applicazione di alcun scoperto, le spese sostenute per le prestazioni mediche ricevute che sono garantite a termine di polizza. Il Socio dovrà provvedere direttamente al pagamento delle spese o delle eccedenze di spese sostenute per le prestazioni ricevute che non sono garantite a termini di polizza.

Relativamente alle spese sostenute pre-post ricovero, il Socio, anche usufruendo di Enti Convenzionati e/o Medici convenzionati, provvederà direttamente al pagamento delle spese effettuate ed il rimborso delle stesse avverrà in modo indiretto, con le modalità previste al successivo punto per le prestazioni fuori network. Il Socio si impegna a restituire all'Impresa gli importi dalla stessa liquidati per prestazioni che, dall'esame della cartella clinica o da altra documentazione medica, risultino non indennizzabili.

Art. 4.3 – Prestazioni mediche effettuate presso Strutture Sanitarie fuori network

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute Il Socio deve:

- Segnalare alla Centrale Operativa entro trenta giorni dall'avvenuto ricovero o dall'effettuazione di prestazioni extra ricovero rientranti nelle garanzie previste, con certificato medico da cui risulti la diagnosi circostanziata.
- Provvedere ad inviare alla Sede della Centrale Operativa dell'Impresa, in caso di ricovero, Day Surgery o Day Hospital la copia autentica e completa della Cartella Clinica. In caso di prestazione extra ricovero, i certificati medici di prescrizione.
- Consegnare all'Impresa gli originali di parcelle, notule, distinte, ricevute e fatture, sulle quali siano indicati nome, cognome, e domicilio della persona che si è sottoposta alle cure e che risultino pagate e quietanzate.
- Acconsentire ad eventuali controlli medici disposti dall'Impresa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine, dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante viene effettuato a cura ultimata, secondo i massimali e i limiti previsti dal piano mutualistico.

Per i casi avvenuti all'estero, nei paesi con uso di valuta diversa dall'Euro, i rimborsi verranno effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 4.4 – Prestazioni mediche effettuate presso una Struttura parzialmente convenzionata (Struttura in Network, Equipe chirurgica non convenzionata)

Qualora il Socio, previa autorizzazione della centrale Operativa, utilizzi uno o più chirurghi, medici e paramedici o un'intera equipe chirurgica non convenzionati per effettuare un intervento chirurgico presso una Struttura facente parte del Network, il rimborso delle spese avverrà come segue:

- Il Socio sostiene le spese relative agli operatori medici e paramedici non convenzionati, compresa la loro assistenza medica durante il ricovero, dopodiché l'Impresa effettua il rimborso secondo le modalità ed i criteri previsti al precedente punto riferito alle prestazioni fuori network;
- le spese per le prestazioni sanitarie fornite dalla Struttura in Network verranno liquidate secondo le modalità e i criteri previsti al precedente punto riferito alle prestazioni in network.

Per usufruire delle prestazioni previste, il Socio o chi per esso deve contattare preventivamente la Centrale Operativa tramite i seguenti numeri telefonici:

Dall'Italia il n. verde - 800.89.41.49.

Dall'Italia il numero - 039.9890.722

Dall'estero il numero - +39-039.9890.722

comunicando con estrema precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- gli estremi della sua identificazione, nome e cognome, numero di polizza;
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico

Art. 4.5 – Gestione dei rapporti assicurativi via Web

Il contraente e il Socio, in presenza dei requisiti previsti dalla vigente normativa, potranno richiedere le credenziali per l'accesso alla propria area riservata web selezionando nella home page del sito di www.nobis.it la voce "Richiedi le tue credenziali" e compilando i dati presenti nell'apposita pagina.

Accertata l'esattezza dei dati inseriti, l'Impresa in nome e per conto di DIRITTO E SALUTE sms invia una e-mail all'indirizzo registrato con la login ed una password provvisoria, che dovrà essere sostituita da parte dell'utente al primo nuovo accesso e ogni 6 mesi successivi.

L'accesso all'area riservata dà diritto alla consultazione della propria posizione assicurativa relativamente a:

- a) il piano mutualistico in essere;
- b) le condizioni contrattuali sottoscritte da Diritto e Salute sms come copertura assicurativa sottostante al piano mutualistico;

In caso di difficoltà di accesso è possibile ottenere assistenza contattando 24 ore su 24 il Call Center al numero +39.039.9890.714.

GLOSSARIO

<u>Ambulatorio:</u>	la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;
<u>Assistiti/Soci:</u>	le persone fisiche aderenti alla MUTUA DIRITTO E SALUTE sms;
<u>Centrale operativa:</u>	è la struttura di NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A. costituita da: medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con l'Assistito e che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza e che opera in nome e per conto della Contraente MUTUA DIRITTO E SALUTE sms;
<u>Centri Clinici Convenzionati:</u>	le strutture sanitarie convenzionate con la Centrale, alle quali l'Assistito potrà rivolgersi, su indicazione e previa autorizzazione della stessa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza. In caso di ricovero tali prestazioni sono fornite senza che l'Assistito debba provvedere ad anticipi o pagamenti che verranno effettuati direttamente dall'Impresa ai centri convenzionati con le modalità previste dall'assicurazione;
<u>Centri Clinici non convenzionati:</u>	le strutture sanitarie diverse da quelle indicate dall'Impresa, in possesso dei requisiti stabiliti dalla normativa di legge in vigore, alle quali l'Assistito potrà comunque rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza, senza ottenere il servizio di pagamento diretto delle prestazioni da parte dell'Impresa;
<u>Day Hospital:</u>	degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno, documentata da cartella clinica;
<u>Day Surgery:</u>	l'intervento chirurgico effettuato in sala operatoria presso un istituto di cura, in regime di degenza diurna, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica;
<u>Diaria sostitutiva:</u>	l'indennità giornaliera che l'Assistito, in caso di ricovero, può chiedere in alternativa del rimborso delle spese mediche;
<u>Franchigia:</u>	parte dell'indennizzo espressa in cifra fissa che rimane a carico dell'Assistito;
<u>Indennizzo:</u>	la somma dovuta dalla Mutua in caso di evento compreso tra le prestazioni;
<u>Infortunio:</u>	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche permanenti obiettivamente constatabili;
<u>Intervento chirurgico:</u>	atto medico praticato in sala operatoria di un istituto di cura o di un ambulatorio all'occorrenza attrezzato, perseguibile attraverso un'azione cruenta sui tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti del presente piano, si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni;
<u>Istituto di cura:</u>	l'ospedale, la casa di cura, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15 marzo 2010 n. 38;
<u>Malattia:</u>	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
<u>Malattia preesistente:</u>	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza;
<u>Malformazione - difetto fisico:</u>	alterazione organica acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile, oppure alterazione organica congenita, evidente o clinicamente diagnosticabile;
<u>Medicinali:</u>	sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico;
<u>Ricovero:</u>	la degenza, comportante pernottamento, in istituto di Cura;
<u>Scoperto:</u>	parte di indennizzo espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assistito.
<u>Impresa Sottostante:</u>	NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A;
<u>Nucleo familiare:</u>	l'Assistito, il coniuge o il convivente risultante dallo stato di famiglia e i figli purché anch'essi risultanti dallo stato di famiglia dell'Assistito; s'intendono compresi anche i figli non conviventi ma fiscalmente a carico;

ALLEGATO I

CHIRURGIA GENERALE

COLLO

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale;
Resezioni e plastiche tracheali;
Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale.

ESOFAGO

Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale;
Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia;
Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale;
Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia;
Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocoloplastica;
Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia; Esofagectomia per via toracoscopica;
Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago;
Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiaca;
Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica;
Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

TORACE

Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraclaveare e/o mediastinica;
Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino;
Tumectomia per via toracica o toracoscopica;
Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie;
Pleurectomie e pleuropneumonectomie;
Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica;
Resezioni bronchiali con reimpianto;
Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche; Toracoplastica: I e II tempo;
Exeresi per tumori delle coste o dello sterno.

PERITONEO

Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

STOMACO – DUODENO - INTESTINO TENUE

Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica;
Gastrectomia totale con linfadenectomia;
Interventi di riconversione per dumping syndrome;
Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias;
Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias.

COLON - RETTO

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

FEGATO E VIE BILIARI

Resezioni epatiche maggiori e minori;
Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale;
Anastomosi bilio-digestive;
Re-interventi sulle vie biliari;
Chirurgia dell'ipertensione portale;

interventi di derivazione

- anastomosi porto-cava;
- anastomosi spleno-renale;
- anastomosi mesenterico-cava;
- interventi di devascularizzazione;
- legatura delle varici per via toracica e/o addominale;
- transezione esofagea per via toracica;
- transezione esofagea per via addominale;
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale;
- transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago-gastrica.

PANCREAS - MILZA - SURRENE

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

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

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

CARDIOCHIRURGIA

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

NEUROCHIRURGIA

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

Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari;
Intervento chirurgico per neoplasie dei nervi periferici.

CHIRURGIA VASCOLARE

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

CHIRURGIA PEDIATRICA

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

CHIRURGIA ORTOPEDICA

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

CHIRURGIA UROLOGICA

Nefrolitotriassia percutanea (PVL);
Litotriassia extracorporea;
Nefrectomia polare;
Nefrectomia allargata;
Nefroureterectomia;
Derivazione urinaria con interposizione intestinale;
Estrofia vescicale e derivazione;
Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica;
Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale;
Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale;
Enterocistoplastica di allargamento;

Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica;
Prostatectomia radicale con linfadenectomia;
Plastiche per incontinenza femminile;
Resezione uretrale e uretrorrafia;
Amputazione totale del pene e adenolinfectomiaemasculatio totale.

CHIRURGIA GINECOLOGICA

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

CHIRURGIA OCULISTICA

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

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

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

Si considerano "GRANDI INTERVENTI" anche:

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

ALLEGATO II

GRAVI PATOLOGIE

INFARTO DEL MIOCARDIO

Morte di una porzione di muscolo cardiaco, in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

Ripetuti dolori al torace;

Cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;

Aumento degli enzimi cardiaci.

CORONAROPATIA

Malattia determinata dal restringimento o dal blocco di due o più arterie coronariche quando sia risolvibile con tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione e angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia.

ICTUS CEREBRALE

Accidente cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implica morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenziata da deficienza neurologica permanente, T.A.C., o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (a eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.), ed il cancro della pelle che non sia il melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.