



CASSA PORTIERI FONDO “SANITA’ PORTIERI”

**PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA E DI ASSISTENZA
SOCIALE A RILEVANZA SANITARIA
(O NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI GARANTITE)**

Il presente Piano Sanitario costituisce parte integrante del Regolamento della Sezione “Sanità Portieri” come previsto dall’Art.9 dello stesso (aggiornamento al 31/12/2019).

1. GARANZIE PRESTATE E MODALITA' DI USUFRUZIONE

Le garanzie sono prestate in caso di malattia e in caso di infortunio, a favore dei lavoratori iscritti al **Fondo Sanità Portieri in regola con i versamenti** per le spese sostenute per:

- indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico (garanzia operante solamente per i ricoveri a seguito degli interventi contenuti nell'elenco in calce);
- ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio (garanzia operante solamente per i ricoveri a seguito degli interventi contenuti nell'elenco allegato);
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche presso rete convenzionata;
- tickets per accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati presso il SSN;
- rimborso lenti e/o occhiali;
- pacchetto maternità;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
- trattamenti fisioterapici per patologie particolari
- implantologia
- prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate
- prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'iscritto può rivolgersi a seconda dei casi presso:

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il Fondo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con il Fondo è necessario contattare la centrale operativa e prenotare la prestazione (si veda la procedura al punto 12.1). Le spese per la prestazione vengono liquidate direttamente dal Fondo alla struttura sanitaria utilizzata (prestazione erogata in forma diretta).

b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con il Fondo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con il Fondo, ivi comprese quelle pubbliche tramite il Servizio Sanitario Nazionale, sarà cura dell'interessato effettuare la prestazione e, successivamente, chiedere il rimborso (si veda la procedura al punto 12.2) (prestazione erogata in forma rimborsuale).

ATTENZIONE: Le modalità di utilizzo delle strutture sopra indicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. RICOVERO

2.1 INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (VEDI ELENCO ALLEGATO)

In caso di ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato), l'iscritto avrà diritto a un'indennità di **€. 40,00 per ogni giorno di ricovero** per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

La garanzia viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 12.2 - richiesta della prestazione tramite centrale operativa).

2.2 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO (PER RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO COME DA ELENCO IN CALCE)

Il Fondo, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

Il Fondo, tramite la rete convenzionata, concorderà il programma medico/riabilitativo con l'iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Le spese rientranti in tale garanzia vengono liquidate direttamente alle strutture convenzionate interessate a cura del Fondo (si veda la procedura di cui al punto 12.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata).

Il massimale annuo corrisponde a € 3.000,00 per iscritto.

3. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere.

Alta diagnostica

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP);
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans-Kehr
- Colecistografia
- Coronografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Discografia
- 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
- Vescicolodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti

- Biopsia del linfonodo sentinella - Biopsia muscolare - Biopsia prostatica; Biopsia TAC guidata;
- Colonscopia;
- Ecocardiografia;
- Ecocolor Doppler cardiaco compreso color - Ecodoppler Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici

- Ecografia addome completo - Ecografia mammaria - Ecografia transvaginale - Ecografia tiroidea
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Esofagogastroduodenoscopia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Tomografia mappa strumentale della cornea (OTC)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi - Laserterapia a scopo fisioterapico - Radioterapia

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fondo, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime (si veda la procedura di cui al punto 12.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) **senza applicazione di nessun scoperto e franchigia.**

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 12.2 - richiesta della prestazione tramite centrale operativa) con l'applicazione di uno scoperto pari al 20% con un minimo non indennizzabile pari a € 70,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni sopraindicate corrisponde a € 800,00 per iscritto.

4. VISITE SPECIALISTICHE PRESSO RETE CONVENZIONATA

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per tutte le visite specialistiche con l'esclusione delle prestazioni odontoiatriche e ortodontiche.

La Garanzia opera in presenza di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Le visite devono essere necessariamente effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con il Fondo ed effettuate da medici con esso convenzionati.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime (si veda la procedura di cui al punto 12.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) **senza applicazione di scoperti o franchigie.**

Numero massimo di visite annue: 6 visite per iscritto.

5. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRESSO IL S.S.N. (TICKETS); RIMBORSO DI LENTI ED OCCHIALI

Il Fondo rimborsa nella misura massima di **€ 400,00 ogni due anni**, le spese sostenute per l'effettuazione di accerta-

menti sanitari del proprio stato di salute presso il Servizio Sanitario Nazionale (Tickets).

Possono essere oggetto di rimborso esclusivamente le spese mediche sostenute di tipo specialistico (visite specialistiche) nonché le spese sostenute per l'effettuazione di una o più analisi specifiche consistenti in via esemplificativa e non tassativa in una delle seguenti: analisi delle urine, sangue, eco doppler, spirometria, ECG sotto sforzo, ecotomografia, esami radiologici e quanto altro in argomento.

Del predetto rimborso biennale di € 400,00 di cui sopra, **€ 100,00** possono essere rimborsati per l'acquisto di **occhiali da vista o lenti da vista** a seguito di specifica prescrizione medica rilasciata nell'anno di acquisto. Quest'ultimo rimborso potrà aver luogo una sola volta per ogni quadriennio.

Non rientrano tra le spese mediche rimborsabili quelle inerenti a cure estetiche o fisioterapiche. Non costituisce altresì spesa medica rimborsabile, (con la sola eccezione di occhiali e/o lenti nei limiti sopra visti), l'acquisto di materiale sanitario (prodotti farmaceutici, protesi e similari).

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 12.2 - richiesta della prestazione inoltrata direttamente al Fondo Sanitario).

6. PACCHETTO MATERNITA'

Il Fondo provvede al rimborso all'iscritto delle spese sanitarie per le seguenti prestazioni:

In gravidanza

- ecografie di controllo;
- amniocentesi;
- analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza;
- visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza;
- in caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento.

Durante il ricovero per parto

- corresponsione di un'indennità di €. 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 15 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 12.2 - richiesta della prestazione inoltrata direttamente al Fondo Sanitario).

La garanzia è prestata fino a un massimo di € 700,00 per anno assicurativo e per iscritto.

7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO E PER PATOLOGIE PARTICOLARI

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sotto indicate ai punti 7.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO) e 7.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI PER PATOLOGIE PARTICOLARI corrisponde a **€ 700,00 per iscritto.**

7.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO

DI INFORTUNIO

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Le terapie devono essere necessariamente effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con il Fondo ed effettuate da medici con esso convenzionati.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono direttamente liquidate dal Fondo alle strutture medesime (si veda la procedura di cui al punto 12.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'interessato.**

7.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI PER PATOLOGIE PARTICOLARI

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di una delle **Patologie Particolari** sotto-specificate sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Patologie particolari:

- Ictus cerebrale
- Infarto
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)
- Sclerosi Multipla
- Morbo di Parkinson
- Demenza senile in stato avanzato (Alzheimer)
- Trattamenti post operatori per Tunnel carpale

Non rientrano in garanzia le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Le terapie devono essere necessariamente effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con il Fondo ed effettuate da medici con esso convenzionati.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono direttamente liquidate alle strutture medesime a cura del Fondo (si veda la procedura di cui al punto 12.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'interessato.**

8. PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

Viene previsto un massimale di **€ 1.800,00** per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo come di seguito specificato.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi a 3 o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Nel caso di applicazione di 1 singolo impianto indicato dal piano di cura è previsto un sotto-massimale annuo di **€ 500,00**. In caso di applicazione di **2 impianti**, è previsto un sotto-massimale annuo di **€ 1.100,00**.

La presente garanzia viene erogata esclusivamente tramite strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono direttamente liquidate alle strutture medesime a cura del Fondo (si veda la procedura di cui al punto 12.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'interessato.**

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

9. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

Il Fondo provvede al pagamento, nella misura del 50%, del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione (si veda la procedura di cui al punto 12.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata).

Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto" sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, il Fondo provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

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

10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione odontoiatrica (sono escluse le prestazioni di tipo estetico) non sia in copertura perché non prevista dal Piano Sanitario o per esaurimento del massimale e rimanga a totale carico dell'iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa (si veda la procedura di cui al punto 12.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della rete convenzionata, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

11. PREVENZIONE

Il Fondo provvede al pagamento delle prestazioni sotto

elencate effettuate **1 volta l'anno** in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione (si veda la procedura di cui al punto 12.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata).

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prevenzione Cardiovascolare per gli uomini

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione
- Glicemia
- Azotemia (urea)
- Creatininemia
- Colesterolo HDL; Colesterolo Totale
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (tempo di tromboplastina parziale)
- PT (tempo di protrombina)

Prevenzione Cardiovascolare per le donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione
- Glicemia
- Azotemia (urea)
- Creatininemia
- Colesterolo HDL; Colesterolo Totale
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (tempo di tromboplastina parziale)
- PT (tempo di protrombina)

Prevenzione Oncologica per gli uomini con età superiore a 45 anni (1 volta ogni 2 anni)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione
- Glicemia
- Azotemia (urea)
- Creatininemia
- Colesterolo HDL; Colesterolo Totale
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- PSA (specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (tempo di tromboplastina parziale)
- PT (tempo di protrombina)

Prevenzione Oncologica per le donne con età superiore a 35 anni (1 volta ogni 2 anni)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione
- Glicemia
- Azotemia (urea)
- Creatininemia
- Colesterolo HDL; Colesterolo Totale
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (tempo di tromboplastina parziale)
- PT (tempo di protrombina)

12. RICHIESTA DELLA PRESTAZIONE E MODALITA' DI RIMBORSO

12.1 PRESTAZIONE EFFETTUATA TRAMITE STRUTTURA CONVENZIONATA E MODALITA' DI PAGAMENTO

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo l'iscritto dovrà preventivamente **contattare l'apposita centrale operativa al numero verde gratuito 800-009648** messo a disposizione degli iscritti.

Gli operatori verificata la compatibilità della prestazione con il Piano Sanitario provvederanno alla prenotazione c/o il centro prescelto.

All'atto dell'effettuazione della prestazione l'iscritto dovrà presentare un documento comprovante la propria identità e quando previsto, la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di prestazione effettuata tramite strutture convenzionate le spese vengono direttamente liquidate dal Fondo alle strutture medesime (erogazione diretta).

12.2 PRESTAZIONE EFFETTUATA PRESSO STRUTTURE NON CONVENZIONATE OPPURE PRESSO IL SSN E MODALITA' DI RICHIESTA RIMBORSO

Nel caso, invece sia necessario l'utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con il Fondo, ivi comprese quelle pubbliche tramite il Servizio Sanitario Nazionale, sarà cura dell'interessato usufruire della prestazione e successivamente chiedere il rimborso. A tal fine è necessario inviare una apposita richiesta di rimborso completa della seguente documentazione:

- modulo di domanda debitamente compilato e sottoscritto;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (fatture e/o ricevute di pagamento quietanzate)
- in caso di indennità giornaliera per grande intervento chirurgico (punto 2), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera;
- in caso di prestazioni di alta specializzazione (punto 3) copia della prescrizione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione;

INDIRIZZO DI SPEDIZIONE

Nel caso della garanzia di cui al punto 2.1 (INDENNITA' GIORNALIERA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO) e 3 (ALTA SPECIALIZZAZIONE ESEGUITA IN PROVINCIA NON COPERTA DALLA RETE) la richiesta deve essere indirizzata a:

**Fondo "Sanità Portieri" - Centrale Operativa
c/o UNISALUTE – CMP BO
Via Zanardi, 30 – 40131 BOLOGNA**

Nel caso della garanzia di cui ai punti 5 (TICKETS VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRESSO IL S.S.N. - RIMBORSO LENTI ED OCCHIALI) e 6 (PACCHETTO MATERNITA') la richiesta deve essere indirizzata a:

**Fondo "Sanità Portieri"
c/o CASSA PORTIERI
C.so Trieste, 10 – 00198 ROMA**

13. SERVIZI DI CONSULENZA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al **numero verde 800-009648** a disposizione degli iscritti, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia anch'esso messo a disposizione degli iscritti.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

14. ESCLUSIONE DALLE GARANZIE

Il Piano Sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi nell'elenco dei grandi interventi chirurgici, resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali, ad esempio, gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto;
12. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'iscritto con dolo o colpa grave;
13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
15. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.
16. le prestazioni non espressamente previste dal presente Piano Sanitario.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**NEUROCHIRURGIA**

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica

- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megaurtere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANI

- Tutti