

NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI GARANTITE DA SANILOG
(2012-2014)

L'elenco delle garanzie qui di seguito indicate si riferisce al convenzionamento di tipo assicurativo che Sanilog ha attivato con due Compagnie di Assicurazione, rispettivamente UNISALUTE per le prestazioni di tipo sanitario e AXA PPP per le prestazioni sanitarie di tipo odontoiatrico, queste ultime concorrono al raggiungimento della soglia di risorse vincolate ai sensi del Decreto 27 ottobre 2009 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (Decreto Sacconi).

Elenco garanzie:

Polizza UNISALUTE relative a coperture Malattie ed Infortuni

1. OGGETTO DELLA COPERTURA

La copertura è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dell'Iscritto per:

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio (come da elenco allegato al nomenclatore);
- colonscopia e gastroscopia operativa;
- alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- tickets per accertamenti diagnostici e pronto soccorso;
- maternità/gravidanza;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- trattamenti fisioterapici per patologie particolari;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- servizi di consulenza e assistenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Iscritto può rivolgersi presso:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE PER CUI E' OPERANTE LA COPERTURA

La copertura è prestata a favore dei lavoratori dipendenti di aziende applicanti il CCNL "LOGISTICA TRASPORTI E SPEDIZIONI" sempreché i nominativi dei dipendenti stessi siano stati comunicati al Fondo e alla Società e sia stato versato il relativo contributo.

3. PRESTAZIONI PREVISTE

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER I SOLI GRANDI INTERVENTI (COME DA ELENCO ALLEGATO IN CALCE)

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero Cod. 1650

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico Cod. 1661

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure 1668

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Cod. 1673

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 300,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Cod. 1679

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale Cod. 1685

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero Cod. 1710

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

TRASPORTO SANITARIO Cod. 1691

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

COLONSCOPIA E GASTROSCOPIA OPERATIVE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO no clausolario

Nel caso di Colonscopia e Gastroscoopia operative, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni come descritte nelle garanzie:

- Pre-ricovero;
- Intervento chirurgico;
- Assistenza medica, medicinali, cure;
- Post-ricovero

con i relativi limiti in essi indicati.

Il sottomassimale annuo iscritto per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 1.000,00 per iscritto.

TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO Cod. 1697

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati,

nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.1 NEONATI no clausolario

La Società provvede al pagamento delle spese per tutti gli interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite (anche quelli non ricompresi nell'elenco dei grandi interventi), comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero. La garanzia è prestata nel limite annuo di € 10.000,00 per neonato.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, (fatto salvo per la garanzia di colon-gastroscopia operativa la quale prevede una franchigia pari a € 30,00 per prestazione.

ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

– lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

che vengono rimborsate all'Isritto nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

Qualora l'Isritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Isritto nel limite di un massimale di € 8.000,00 per intervento, con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

– lett. d) "Retta di degenza";

– lett. e) "Accompagnatore";

– lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

punto 3.5 "Neoanti"

che vengono rimborsate all'Isritto nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.7 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Isritto sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Isritto nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Isritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie

private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

INDENNITA' SOSTITUTIVA Contiene Cod. 1722

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di €. 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

PROTESI ORTOPEDICHE no clausolario

La Compagnia rimborsa le spese sostenute per l'acquisto e/o applicazione di protesi ortopediche nel limite di € 1.000,00 per iscritto.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO Cod. 1716

La Società, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società 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.

La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate con la Società, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% per sinistro.

Il massimale annuo a disposizione corrisponde a €. 10.000,00 per persona.

MASSIMALE A DISPOSIZIONE

Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 100.000,00 per iscritto.

ALTA SPECIALIZZAZIONE Cod. 1727

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia

- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- 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

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

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 la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia pari a € 25,00 per accertamento/ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 40% con il minimo non indennizzabile di €. 60,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Isritto.

Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per iscritto.

VISITE SPECIALISTICHE Contiene 1735

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia pari a € 25,00 per visita.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i tickets sanitari a carico dell'Assicurato al netto di una franchigia pari a € 10,00 per ticket.

Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per iscritto.

TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO NO CLAUSOLARIO

La Società provvede al rimborso dei ticket sanitari:

- per accertamenti diagnostici;
- di pronto soccorso;

con l'applicazione di una franchigia pari a € 10,00 per ticket.

Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per iscritto.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO Cod. 1773

La Società 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 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.

- 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.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI PER PATOLOGIE PARTICOLARI NO CLAUSOLARIO

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

MODALITA' DI EROGAZIONE COMUNI E MASSIMALE UNICO GARANZIE "TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNIO" E " TRATTAMENTI FISIOTERAPICI PER PATOLOGIE PARTICOLARI"

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 700,00 per iscritto.

MATERNITA'/GRAVIDANZA NO CLAUSOLARIO

Sono comprese nella garanzia:

- le ecografie e le analisi clinico chimiche
- 2 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.4 per gravidanza a rischio)
- Amnioscopia, amniocentesi e villocentesi: per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età <35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione famigliare in parenti di 1°grado o nel caso di patologie sospette.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritta vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Isritta si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Isritta.

La garanzia è prestata fino a un massimo di € 500,00 per assistita all'anno.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa cartella clinica, la Società corrisponderà un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di aborto terapeutico.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI Cod. 1782

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. 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.

Prestazione previste per gli uomini

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- PSA

Prestazione previste per le donne

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Pap test

SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

CONSULENZA SANITARIA TELEFONICA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute.

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) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

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

ASSISTENZA ALLA PERSONA IN ITALIA:

I seguenti servizi di consulenza e assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute.

a) Pareri medici

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

b) Invio di un medico

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'iscritto necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Società, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'iscritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

c) Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche: La Compagnia provvederà, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere o un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

Per l'attivazione della garanzia, l'iscritto dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

d) Collaboratrice domestica

Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica: la Compagnia

provvederà, nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane.

Per l'attivazione della garanzia, l'iscritto dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso del certificato.

e) Invio di medicinali a domicilio

L'assistenza sarà prestata qualora l'iscritto necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico, e nessuno può andare per lui.

La Società provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'iscritto, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare in copertura. A carico dell'iscritto resta solo il costo dei medicinali.

f) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'iscritto necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300'000 metri e con il massimo di euro 300 per sinistro e per persona, restano a carico della Società.

g) Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l'iscritto, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono a carico della Società sino ad un massimo di 300'000 metri complessivi a/r.

La garanzia non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l'alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente: in tali casi risulta necessario richiedere l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

h) Spesa a domicilio

Nei casi di:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- Fratture del bacino

che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, la Società provvederà, nelle quattro settimane successive al sinistro, ad organizzare la consegna al domicilio dell'iscritto di generi alimentari/prima necessità.

Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna.

L'iscritto sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il mondo salvo dove espressamente indicato.

ESCLUSIONI DALLA COPERTURA

La copertura 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 salvo quanto previsto al punto "NEONATI";
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;

4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri causati dalla necessità dell'Isritto 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'Isritto 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.
6. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
10. 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;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
12. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

LIMITI DI ETÀ

La copertura può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Isritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale, al compimento del 76° anno d'età da parte dell'Isritto.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

– non standard –

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 con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per asportazione tumore maligno della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulectomia mammaria

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 e senza 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 echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o lobare
- 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
- Angioplastica con eventuali stent

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale con o senza linfadenectomia
- Resezione dell'intestino tenue
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano secondo Miles
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi 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
- Interventi chirurgici sul retto-sigma per patologie oncologiche maligne per via laparoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia

- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale con e senza linfadenectomia
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Sintesi di frattura delle ossa del massiccio facciale
- Ricostruzione con lembo di ferite del volto

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Elenco garanzie:

Polizza AXA PPP relative a coperture Malattie

1. OGGETTO DELLA COPERTURA

La copertura è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le prestazioni odontoiatriche relative a:

- Diagnostica

- Prestazioni d'emergenza
- Igiene e prevenzione

L'assicurato che necessiti di una prestazione odontoiatrica, potrà prenotare la visita e/o il trattamento presso le strutture convenzionate.

2. PERSONE PER CUI E' OPERANTE LA COPERTURA

La copertura è prestata a favore dei lavoratori dipendenti di aziende applicanti il CCNL "LOGISTICA TRASPORTI E SPEDIZIONI" sempreché i nominativi dei dipendenti stessi siano stati comunicati al Fondo e alla Società e sia stato versato il relativo contributo.

3. PRESTAZIONI PREVISTE

Le prestazioni di seguito previste in convenzionamento diretto senza onere alcuno a carico degli Assicurati per l'Assicurato, con l'eccezione della prestazione di ablazione del tartaro, come di specificato al paragrafo Igiene e Prevenzione.

DIAGNOSTICA

- Visita con raccolta dati anamnestici e visite specialistiche: riscontro della situazione clinica, acquisizione di elementi diagnostici, individuazione dei problemi e della terapia, informazione del nuovo paziente riesame della situazione clinica in corso di trattamento, verifica dello stato della salute orale ed intercettazione di eventuali nuove patologie in un paziente già trattato.
- Piano di trattamento generale con relativa tempistica e preventivo economico.
- RX endorale, radiografia endorale eseguita su un singolo sestante o gruppo di denti (massimo 1 volta all'anno).
- Modelli di studio

Comprende la rilevazione delle impronte delle due arcate dento-alveolari e la realizzazione dei relativi modelli in gesso finalizzata alla predisposizione dei piani di trattamento (massimo 1 volta all'anno).

PRESTAZIONI D'EMERGENZA

- Trattamento di pronto soccorso endodontico: manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione risoluzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica (massimo una volta l'anno).
- Otturazione/ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato (massimo una volta l'anno). Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.
- Prescrizione di eventuale terapia medica

IGIENE E PREVENZIONE

- Istruzioni e motivazione igiene: seduta autonoma, riguardante i concetti fondamentali sulla natura e prevenzione delle patologie del cavo orale (ad esempio corretta alimentazione, individuazioni di

abitudini a rischio, corretto impiego di mezzi di rimozione della placca batterica adatti al caso) (massimo 2 volte l'anno).

- Ablazione del tartaro:

Le prestazioni legate all'ablazione del tartaro potranno essere due nell'arco di un anno e prevedono il versamento di una franchigia a carico dell'Assicurato, pari a € 35,00, per la prima prestazione, e a € 40,00, per la seconda.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, con l'eccezione della prestazione relativa all'ablazione del tartaro, per la quale è prevista una franchigia a carico dell'assicurato, che dovrà essere versata dall'Assicurato direttamente presso il centro odontoiatrico al momento dell'erogazione della prestazione.

ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il territorio italiano.

ESCLUSIONI DALLA COPERTURA

La copertura non è operante per:

1. le prestazioni odontoiatriche non effettuate presso i Centri Odontoiatrici convenzionati con la presente polizza (ved artt. 4 e 5 "Utilizzo dei Centri Odontoiatrici convenzionati");
2. tutte le prestazioni odontoiatriche non comprese negli artt. 1 e 2 delle "Condizioni Speciali di Assicurazione";
3. le prestazioni odontoiatriche conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
4. gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall' effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
5. le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva.

LIMITI DI ETÀ

La copertura può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75°anno di età dell'Isritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale, al compimento del 76° anno d'età da parte dell'Isritto.

