
PROCEDURA DI GARA NEGOZIATA SENZA PUBBLICAZIONE DI UN BANDO FINALIZZATA ALL’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI INERENTI ALLA GESTIONE DEL PIANO SANITARIO 2026 DELL’AUTORITÀ DI REGOLAZIONE PER ENERGIA RETI E AMBIENTE

PROCEDURA DI GARA CIG B911D884FA

Ramo Sanitario

**EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO ED IN QUIESCENZA DELL’AUTORITÀ DI
REGOLAZIONE PER ENERGIA RETI E AMBIENTE DI CONTRIBUTI ECONOMICI A FRONTE DI
SPESE SANITARIE PER MALATTIA, INFORTUNIO, PARTO**

Capitolato n. 1 “ASSISTENZA BASE”

Definizioni

Ai fini del presente Capitolato n. 1 “Assistenza base” si stabiliscono le seguenti definizioni:

AUTORITÀ: l’Autorità di Regolazione per Energia Reti e Ambiente.

CASSA DI ASSISTENZA: il soggetto con finalità assistenziale in possesso di iscrizione all’Anagrafe dei Fondi integrativi sanitari di cui al decreto del Ministero del lavoro 27 ottobre 2009 e abilitato, a norma di legge, a ricevere i contributi, ai fini dei benefici fiscali e contributivi connessi alla presenza di un ente con finalità esclusivamente assistenziali, aggiudicatario della procedura di gara CIG B911D884FA

BROKER: la società Verlingue S.p.a. (precedentemente denominata INSER S.p.a.).

CODICE: il decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36 e s.m.i..

CONVENZIONE: la Convenzione che l’Autorità stipulerà con la Cassa di assistenza - secondo lo schema contenuto nel documento “Schema di convenzione generale” - al fine di disciplinare l’esecuzione complessiva delle coperture assicurative oggetto della procedura di gara CIG B911D884FA.

CAPITOLATO: il presente documento denominato “Assistenza Base” che - nella sua versione definitiva come risultante dall’offerta qualitativa ed economica presentata in sede di gara - disciplina le condizioni di assicurazione.

ASSICURATO: i soggetti per i quali viene stipulata l’assicurazione/assistenza come individuati nel presente Capitolato.

TITOLARE: il Dipendente in servizio presso l’Autorità legato da un rapporto di lavoro subordinato con l’Autorità (sia dipendenti a tempo indeterminato che a tempo determinato), i Componenti del Collegio dell’Autorità, nonché il personale che presta servizio presso l’Autorità in posizione di distacco o fuori ruolo.

DIPENDENTE IN QUIESCENZA: il soggetto che ha cessato per quiescenza il rapporto di lavoro subordinato con l’Autorità

ASSISTITO: il Titolare e il Dipendente in quiescenza

ART. 1 - OGGETTO DELLA COPERTURA

Nell'ambito del complessivo piano sanitario dell'Autorità di cui alla Convenzione, il presente Capitolato disciplina l'assistenza base della copertura assicurativa "*spese mediche sostenute in conseguenza di infortunio, malattia o parto*" ricompresa nel "Ramo sanitario" di cui alla procedura di gara CIG B911D884FA.

In particolare, la Cassa si impegna - sulla base di quanto concordato sia tramite la Convenzione sia tramite il presente Capitolato - ad erogare agli Assicurati ed ai rispettivi familiari (con trattamento differenziato in funzione del proprio regime fiscale), rimborsi di spesa e contributi economici sostenuti per i casi di infortunio, malattie o parto, indipendentemente da accertamento medico.

La gestione del programma riferito all'Assistenza base avverrà - in continuità con il programma di coperture sanitarie in essere presso l'Autorità - secondo le condizioni, anche in termini di individuazione dei soggetti assicurati, le modalità ed entro i limiti che sono esplicitati dal presente Capitolato.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi - secondo limiti, termini e modalità riportate nel seguito del presente Capitolato - a:

- strutture sanitarie private e/o pubbliche convenzionate con la Cassa (assistenza diretta);
- strutture sanitarie private e/o pubbliche non convenzionate con la Cassa;
- servizio sanitario nazionale.

La durata della polizza è annuale con decorrenza dalle ore 00:00 del 1° gennaio 2026 e verrà a scadenza alle ore 24:00 del 31 dicembre 2026. Si rimanda altresì a tutto quanto previsto all'art. 5 della Convenzione.

Le prestazioni oggetto della presente Convenzione decorreranno.

ART. 2 - SOGGETTI ASSICURATI E OPERATIVITÀ DEL CAPITOLATO

La copertura in oggetto è prestata a favore:

- a) dei Titolari;
- b) dei Dipendenti in quiescenza (pensionati diretti (compresi i capitalizzati al 100% e i "differiti") fino all'età di 80 anni;
- c) degli Assicurati.

Sono, salvo diversa indicazione dell'Assistito, automaticamente inclusi in copertura e senza pagamento di ulteriori quote a carico degli Assistiti:

- (i) il coniuge o il convivente *more uxorio* siano o no conviventi con l'Assistito e con reddito NON superiore a quello previsto per essere considerato familiare fiscalmente a carico;
- (ii) i figli legittimi, i figli naturali riconosciuti e i figli adottivi e/o in affidamento, nonché i figli non conviventi per i quali il caponucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di separazione o divorzio ovvero altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria ed i figli del convivente *more uxorio*, siano o no conviventi con l'Assistito e con reddito NON superiore a quello previsto per essere considerato familiare fiscalmente a carico;

L'Assistenza può facoltativamente essere estesa - su richiesta e dietro pagamento di specifiche quote a carico dell'Assistito - ai seguenti soggetti (cd. "*facoltativamente assistibili*"):

- (iii) il coniuge e i figli (tutti come in precedenza identificati), anagraficamente conviventi con l'Assistito e **non fiscalmente a carico del medesimo**;
- (iv) il coniuge e i figli (tutti come in precedenza identificati), **NON** anagraficamente conviventi con l'Assistito e **non fiscalmente a carico del medesimo**;
- (v) il convivente *more uxorio* ed i figli di questo, anagraficamente conviventi con l'Assistito e **non fiscalmente a carico del medesimo**;
- (vi) gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con l'Assistito e/o **fiscalmente o non fiscalmente a carico del medesimo**;
- (vii) gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, **NON** anagraficamente conviventi con l'Assistito e **non fiscalmente a carico del medesimo**.

L'inserimento in assistenza:

- (a) dei familiari *facoltativamente assistibili* come identificati ai precedenti punti (iii), (v) e (vi) deve riguardare tutti i componenti (purché assistibili) risultanti dallo stato di famiglia dell'Assistito;
- (b) dei familiari *facoltativamente assistibili* come identificati ai precedenti punti (iv) e (vii) deve riguardare tutti i componenti (purché assistibili) risultanti dallo stato di famiglia del familiare *[NON anagraficamente convivente con l'Assistito e non fiscalmente a carico del medesimo]* che si intende inserire.

Con riferimento al dipendente in quiescenza si precisa che, su richiesta del medesimo, l'assistenza può essere estesa al coniuge anagraficamente convivente (anche se fiscalmente non a carico) fino all'età di 80 anni.

Sono esclusi dall'obbligo di inserimento solo i familiari assistibili dell'Assistito che già beneficiano di analoga assistenza, da intendersi come altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal proprio datore di lavoro.

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali e cioè in tutto il mondo;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assicurati; salve le possibili limitazioni connesse con l'esito della compilazione del questionario anamnestico di cui al successivo articolo 3;
- durante il permanere del rapporto con l'Autorità (quale dipendente o pensionato). In caso di cessazione del rapporto senza titolo alla prosecuzione dell'assistenza o di mancata opzione per la prosecuzione, l'assistenza opera fino alla fine dell'annualità assistenziale in cui è avvenuta la cessazione. In caso di decesso dell'Assistito, il nucleo già assistito avrà facoltà, con oneri a proprio carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza del contratto; a tal fine, un familiare dovrà subentrare nella posizione di Assistito e pagare il contributo, se ancora dovuto, previsto per quest'ultimo;
- dalla data dell'evento (assunzione/pensionamento, nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, rientro da aspettativa, insorgere di convivenza *more uxorio*, insorgere di convivenza per il parente ed affine entro il 3° grado, venir meno di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro) purché la comunicazione alla Cassa avvenga entro 40 (quaranta) giorni dall'evento stesso.

Non è previsto alcun termine di aspettativa (cd. "*carenza*") per tutti gli Assicurati già aderenti alla previgente copertura assistenziale "Base Dipendenti" (stipulata dall'Autorità) al 31 dicembre 2025, per i dipendenti assunti o rientrati da aspettativa con decorrenza successiva al 31 dicembre 2025, per gli Assicurati già aderenti alla previgente copertura assistenziale "Base Pensionati" (stipulata dall'Autorità) al 31 dicembre 2025, per il personale cessato dal servizio entro il 31 dicembre 2025 e che abbia avanzato richiesta di prosecuzione dell'assistenza sanitaria entro 40 giorni dalla data di collocamento a riposo, nonché per tutti coloro che cessino, durante il periodo di validità della copertura oggetto del presente capitolato, dal servizio successivamente al 31 dicembre 2025 e che presentino richiesta di prosecuzione dell'assistenza sanitaria entro 30 giorni dalla data di cessazione, nonché nei casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, insorgere di convivenza *more uxorio* o con parenti o affini entro il 3° grado, venir meno di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

Per tutti i nuovi Assicurati la cui comunicazione alla Cassa non sia avvenuta nel rispetto del termine di 40 giorni dal sorgere delle condizioni che rendono possibile l'inserimento, l'inserimento in assistenza è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni:

- 270 giorni per il parto;
- 180 giorni per la cura delle malattie croniche, recidivanti e per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

ART. 3 - QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Ad eccezione di tutti coloro che aderiscono alla copertura in oggetto senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale stipulata dall'Autorità (assistenza base dipendenti e assistenza base pensionati), è fatto obbligo della compilazione di un questionario anamnestico da parte di:

- tutti gli Assicurati diversi da titolare, coniuge, figli, conviventi *more uxorio* e figli di questo, fratello e sorella;
- tutti gli Assicurati che abbiano compiuto 75 anni al 31 dicembre 2025;
- tutti gli Assicurati al compimento del 75° anno durante il periodo di copertura assicurativa oggetto del presente capitolato.

Per i soggetti tenuti alla compilazione del questionario anamnestico il diritto alle prestazioni è subordinato all'accettazione

da parte della Cassa che avverrà a mezzo di comunicazione scritta entro 30 giorni dalla richiesta.

Per effetto di quanto indicato nel questionario, la Cassa può introdurre limitazioni dell'assistenza - motivandole per iscritto anche in contraddittorio con l'interessato - che decorrono dal 1° gennaio 2026 ovvero dall'anno assistenziale successivo a quello in cui l'Assicurato abbia compiuto 75 anni.

In caso di limitazioni, l'Assicurato può chiedere (all'Autorità e per conoscenza alla Cassa) il recesso dall'assistenza e la restituzione dei contributi eventualmente versati, purché non abbia usufruito di prestazioni o chiesto rimborsi nell'annualità assistenziale da cui decorrono le limitazioni. Il recesso del Titolare comporta automaticamente il recesso di tutti i familiari eventualmente iscritti.

Rilevanti omissioni o dichiarazioni non veritiere nel questionario, atte ad alterare significativamente il quadro informativo, possono comportare la sospensione delle prestazioni della Cassa, salva successiva verifica in contraddittorio, e la restituzione dei rimborsi non dovuti nel frattempo versati in favore dell'assicurato.

Il mancato invio del questionario comporta l'impossibilità di fruire dell'assistenza.

ART. 4 - LIMITI DI ASSISTENZA

Fatti salvi i diversi massimali previsti per alcune tipologie di prestazioni, i contributi economici saranno erogabili fino alla concorrenza della somma complessiva pari a **300.000,00 euro**, per anno assistenziale e per ciascun Assicurato. Tale somma si intenderà raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico compreso nell'allegato elenco.

Qualora nel nucleo assicurato sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992, ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa, il limite di assistenza si intenderà maggiorato del 20%.

Qualora l'inserimento in assistenza avvenga in corso d'anno i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

ART. 5 - PRESTAZIONI

a) PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI

La Cassa si impegna a rimborsare:

1) in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in regime di ricovero o day hospital presso istituto di cura ovvero in regime ambulatoriale:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento - compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesi - necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, massoterapici, osteopatici e chiropratici, i medicinali, gli esami post-intervento durante il ricovero;
- le rette di degenza fino all'importo di 350,00 euro/giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i grandi interventi chirurgici compresi nell'allegato elenco e per quelli effettuati in regime di convenzione diretta e per i giorni di degenza in unità coronariche ed assimilate, unità di terapia intensiva e sub-intensiva);
- gli accertamenti diagnostici e gli onorari per prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura, nei 100 giorni precedenti il ricovero;
- esami, medicinali, prestazioni mediche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali prestazioni infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dalla patologia che ha determinato l'intervento chirurgico e/o dall'intervento chirurgico stesso;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 180 giorni successivi al termine del ricovero, resi necessari dalla patologia che ha determinato l'intervento chirurgico e/o dall'intervento chirurgico stesso;
- gli interventi oculistici di chirurgia refrattiva e con laser ad eccimeri nei soli casi di anisometria superiore a quattro diottrie o di deficit visivo, anche di un solo occhio, pari o superiore a sei diottrie, con un limite di rimborso pari a 1.000,00 euro per occhio e per anno, con il limite di 2.000,00 euro

per anno e per nucleo.

In caso di parto cesareo il rimborso massimo sarà pari a **10.000,00 euro (o altro valore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara)** per evento sia in regime di convenzione diretta che in regime di non convenzione diretta.

2) In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico:

- accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di 350,00 euro/giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in regime di convenzione diretta e per i giorni di degenza in unità coronariche ed assimilate, unità di terapia intensiva e sub-intensiva);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche specialistiche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti e nei 60 giorni successivi al ricovero resi necessari dalla patologia che ha causato il ricovero stesso.

3) In caso di parto fisiologico:

- sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di 350,00 euro/giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in regime di convenzione diretta).

In caso di parto fisiologico il rimborso complessivo massimo sarà comunque pari a 5.000,00 euro per evento (sia in regime di convenzione diretta che in regime di non convenzione diretta).

4) Per il nascituro e il neonato:

Sono compresi in copertura - con il limite del massimale di cui al precedente articolo 4 - anche gli interventi effettuati sul nascituro e sul neonato, inclusi quelli finalizzati alla correzione di difetti preesistenti alla nascita, nonché gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica e, per il neonato, le rette di degenza (nido).

5) Trasporto sanitario:

Vengono riconosciute - con un massimo di **30.000,00 euro (o altro valore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara)** per ricovero (sia in Italia sia all'estero) - tutte le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronaria mobile e con aereo sanitario di cura, o comunque con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata) fino alla struttura sanitaria di primo intervento, nonché quelle necessarie per il trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e/o rientro alla propria abitazione.

Nei casi in cui nelle località ove sono ubicate le sedi dell'Autorità (Milano e Roma) siano presenti strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) convenzionate con la Cassa nelle quali per la presenza di una lista di attesa non sia possibile effettuare il ricovero urgente si intendono rimborsabili agli Assicurati le spese per il trasporto ferroviario (andata e ritorno in prima classe) dal luogo di residenza al capoluogo di provincia ove esistono strutture sanitarie convenzionate presso le quali sia possibile il ricovero urgente.

Per gli Assicurati della Sicilia e della Sardegna il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente.

6) Trasporto del defunto:

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero durante il ricovero, vengono riconosciute - con un massimo di **30.000,00 euro (o altro valore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara)** per anno assistenziale e per nucleo familiare - le spese sostenute per il rimpatrio della salma. Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

b) LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI OPERANTI PER I CASI DI RICOVERO

Nel caso in cui l'Assicurato - per le prestazioni di cui alla precedente lettera a) - intenda:

- 1) avvalersi del regime in convenzione diretta, ossia intenda avvalersi di una delle strutture di cura convenzionate con la Cassa e quindi con pagamento totale e diretto delle spese coperte effettuato dalla Cassa alle strutture di

ricovero ed alle équipe mediche e chirurgiche che vi operano, tutte le spese sostenute e coperte dalla presente assicurazione vengono riconosciute al 100% senza applicazione di franchigie e/o scoperti, anche per le prestazioni di cui alla lettera a), punto 1), antecedenti e successive al ricovero pur se effettuate non usufruendo delle strutture convenzionate con la Cassa;

- 2) avvalersi di una struttura ospedaliera pubblica o in una struttura privata accreditata con il SSN e non sostenga quindi alcuna spesa medica in quanto la totalità dei costi vengono addebitati al SSN, gli viene riconosciuta:
 - (i) una indennità sostitutiva di importo pari a 200,00 euro per ciascun giorno di degenza con pernottamento nella struttura sanitaria. Tale indennità viene riconosciuta integralmente anche per i ricoveri che non richiedono pernottamento sia con intervento (c.d. "Day Surgery") sia per trattamenti medici (c.d. "Day Hospital"); per gli interventi chirurgici ambulatoriali viene invece rimborsato solo il "Ticket" previsto dalla legge;
 - (ii) il rimborso delle spese per le prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero, nonché della "differenza di classe" relativa alle spese di degenza [nei limiti previsti alla precedente lettera a)] senza applicazione di scoperti e franchigie.
 - 3) avvalersi di strutture sanitarie, e/o medici, non convenzionate con la Cassa - regime indiretto - il rimborso delle spese avverrà con applicazione dei seguenti limiti e franchigie:
 - (iii) *effettuati in regime di ricovero*

Il rimborso verrà calcolato applicando un limite di 350,00 euro giornalieri per la retta di degenza e - con riferimento alle prestazioni di cui alla lettera a), punto 1) - di una **franchigia fissa di 500,00 euro (o altro valore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara)**.

Per i grandi interventi chirurgici quali indicati nell'allegato elenco non verrà applicato nessun limite alla retta di degenza e né alcuna franchigia.

Per i giorni di degenza in unità coronariche ed assimilate, unità di terapia intensiva e sub-intensiva non verrà applicato nessun limite alla retta di degenza.
 - (iv) *effettuati in regime di ambulatoriale o Day Hospital o Day Surgery*

Il rimborso - con riferimento alle prestazioni di cui alla lettera a), punto 1) - verrà calcolato applicando una franchigia fissa di 299,00 euro.

Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di cura non convenzionato richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa corrisponderà - su istanza dell'Assicurato - l'importo richiesto a tale titolo nella misura di almeno il 50% della somma, nei limiti di assistenza previsti, salvo conguaglio a cure ultimate.
 - 4) avvalersi del regime in convenzione mista, ossia struttura sanitaria convenzionata e équipe medico-chirurgica non convenzionata, può scegliere l'attivazione del pagamento diretto per la parte di spesa relativa alla struttura, e quindi con pagamento totale e diretto delle spese coperte effettuato dalla Cassa alle strutture di ricovero, e su tali spese relative al ricovero effettuato presso la Struttura Convenzionata non viene applicato alcuno scoperto.
- Per le spese relative all'équipe medico-chirurgica non convenzionata viene applicato uno scoperto del 10% con il minimo di 0,01 euro.

c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI

La Cassa si impegna a rimborsare all'Assicurato - indipendentemente dal ricovero e con un limite assistenziale complessivo di **300.000,00 euro (o altro valore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara) per anno assistenziale e per nucleo assicurato**, salvo quanto previsto al successivo punto e) relativo alle cure oncologiche - le prestazioni elencate ai successivi punti 1 e 2.

Qualora nel nucleo assicurato sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992, ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa, il limite assistenziale complessivo di cui in precedenza si intenderà maggiorato del 20%.

Fermo il limite assistenziale complessivo come definito in precedenza, le prestazioni di cui ai successivi punti 1 e 2, verranno rimborsate come segue:

- c.1 tutte le spese se effettuate in regime di convenzione diretta vengono liquidate direttamente dalla Cassa alla struttura convenzionata **senza applicazione di alcuno scoperto/franchigia (o altro valore come risultante**

dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara)

Nell'ipotesi di offerta tecnica del concorrente che comporti l'applicazione di scoperto/franchigia valgono le seguenti regole:

Per più accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia e per ciclo di cura si deve intendere il complesso delle prestazioni connesse a un medesimo stato patologico. La Cassa applica in ciascun anno assistenziale un unico scoperto/franchigia per ciclo di cura o per più accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia, anche qualora le prestazioni vengano effettuate in tempi diversi.

Nel caso in cui gli accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia o il ciclo di cura includa sia prestazioni rese in regime di convenzione diretta che prestazioni rese in regime indiretto, al complesso delle spese sostenute viene applicato il medesimo scoperto previsto in precedenza per il regime indiretto.

- c.2 tutte le spese se effettuate avvalendosi di strutture sanitarie, e/o medici, non convenzionate con la Cassa (regime indiretto) vengono rimborsate con **l'applicazione di uno scoperto pari a 49,00 euro per ogni accertamento diagnostico o per più accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia o ciclo di cura effettivamente sostenuta (o altro valore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara).**

Per più accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia e per ciclo di cura si deve intendere il complesso delle prestazioni connesse a un medesimo stato patologico. La Cassa applica in ciascun anno assistenziale un unico scoperto/franchigia per ciclo di cura o per più accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia, anche qualora le prestazioni vengano effettuate in tempi diversi.

Nel caso in cui gli accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia o il ciclo di cura includa sia prestazioni rese in regime di convenzione diretta che prestazioni rese in regime indiretto, al complesso delle spese sostenute viene applicato il medesimo scoperto previsto in precedenza per il regime indiretto.

In caso di ricorso al regime indiretto, con la presentazione della richiesta di rimborso l'Assicurato dichiara concluso il ciclo di cura o gli accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia; pertanto, successive richieste per lo stesso stato patologico comportano l'applicazione di un nuovo scoperto/franchigia.

Per tutte le spese sanitarie diverse da quelle connesse a ricoveri, il ciclo di cura o gli accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia si interrompono il 31 dicembre di ciascuna annualità assistenziale; quindi per le spese sostenute successivamente a tale data si apre un nuovo ciclo di cura o nuovo ciclo di diagnostici legati alla medesima patologia - attraverso una nuova richiesta di rimborso - con applicazione del relativo scoperto/franchigia e imputazione ai massimali della nuova annualità;

- c.3 in caso in cui l'Assicurato si avvalga del S.S.N. verranno rimborsati integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato senza applicazione di alcuno scoperto/franchigia;
- c.4 in ogni caso tutte le spese sostenute per fisioterapia riabilitativa a seguito di infortunio, ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto/franchigia.

1) **PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA**

- ALCOLIZZAZIONE;
- AMNIOCENTESI OLTRE IL 35° ANNO DI ETÀ O SE PRESCRITTA A SEGUITO DI SOSPETTA MALFORMAZIONE DEL FETO;
- ACCERTAMENTI ENDOSCOPICI;
- AGOASPIRATO;
- ANGIOGRAFIA (ANCHE DIGITALE);
- ANGIOTAC;
- ANGIORISONANZA;
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE;
- ARTROGRAFIA;
- BRONCOGRAFIA;
- BRONCOSCOPIA;
- CARDIOTAC;
- CHEMIOTERAPIA;
- CISTERNOGRAFIA;
- CISTOGRAFIA;
- CISTOURETROGRAFIA;

- CISTOSCOPIA;
- CLISMA OPACO;
- COBALTOTERAPIA;
- COLANGIOGRAFIA (ANCHE PER CUTANEA E PANCREATICA RETROGRADA ENDOSCOPICA);
- COLECISTOGRAFIA;
- COLONSCOPIA;
- CORONAROGRAFIA;
- DACRIOCISTOGRAFIA;
- DEFECOGRAFIA;
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA;
- DIALISI;
- DOC;
- DOPPLER;
- DUODENOSCOPIA;
- ECOCARDIOGRAFIA/ECOCARDIOGRAMMA;
- ECODOPPLER;
- ECOCOLORDOPPLER;
- ECOGRAFIA;
- ELETTROCARDIOGRAFIA (NORMALE E DA SFORZO);
- ELETTROENCEFALOGRAFIA;
- ESAMI CITOLOGICI
- ESAMI ISTOLOGICI;
- ESOFAGOSCOPIA;
- FLEBOGRAFIA;
- FLUORANGIOGRAFIA;
- GALATTOGRAFIA;
- GASTROSCOPIA;
- HOLTER;
- ISTEROSALPINGOGRAFIA;
- LASERTERAPIA;
- LINFOGRAFIA;
- MAMMOGRAFIA (ANCHE DIGITALE);
- MIELOGRAFIA;
- MOC;
- PANCOLONSCOPIA
- PET;
- RADIOTERAPIA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA;
- RADIONEFROGRAMMA;
- RETINOGRAFIA;
- RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA;
- RETTOSCOPIA;
- RX ESOFAGO, ANCHE CON MEZZO DI CONTRASTO;
- RX STOMACO E DUODENO, ANCHE CON MEZZO DI CONTRASTO;
- RX TENUE E COLON, ANCHE CON MEZZO DI CONTRASTO;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (INCLUSO ANGIO RMN);
- SCIALOGRAFIA;
- SCINTIGRAFIA (ANCHE MIOCARDIA NORMALE E DA SFORZO);
- SPECT;
- SPLENOPORTOGRAFIA;
- TAC (ANCHE VIRTUALE);
- TEST DNA FETALE SU SANGUE MATERNO
- TELECUORE;
- UROGRAFIA;
- UROFLUSSOMETRIA;
- VESCICULODEFERENTOGRAFIA;
- VILLOCENTESI OLTRE IL 35° ANNO DI ETÀ O SE PRESCRITTA A SEGUITO DI SOSPETTA PATOLOGIA DELLA GESTANTE O DEL FETO;

- WIRSUNGGRAFIA.

2) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- 2.1 onorari medici specialistici per visite e prestazioni (escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche) e visite omeopatiche; sono altresì comprese le visite pediatriche rese necessarie da specifiche patologie del bambino (esclusi i controlli “routinari” della regolarità della crescita);
- 2.2 analisi ed esami diagnostici, ivi compresi gli onorari dei medici (con esclusione di quelli già previsti dal precedente punto 1).

Le prestazioni di cui ai precedenti punti 2.1 e 2.2 sono rimborsabili se la relativa documentazione riporti la diagnosi o il sospetto diagnostico.

- 2.3 terapie: terapie radianti, terapia del dolore, fisioterapia a seguito di infortunio, ictus cerebrale, forme neoplastiche, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio la sclerosi multipla, la sclerosi amiotrofica e il morbo di Parkinson) nonché psicoterapia e logopedia.
- 2.4 cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, effettuate in ambulatorio.

Le terapie di cui al precedente punto 2.3 sono rimborsabili solo se effettuate da medico e dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata. Relativamente alla psicoterapia, alla logopedia ed alla fisioterapia le stesse sono rimborsabili anche se effettuate rispettivamente da psicoterapeuta, da logopedista iscritto all'albo e da fisioterapista, massoterapista, osteopata e Chiropratico in possesso dei rispettivi titoli abilitanti in base all'ordinamento vigente. *(Viene fissato il limite per cure psicoterapiche per anno e per nucleo familiare pari a euro 2.500,00 o altro valore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara).*

Le terapie fisioterapiche, massoterapiche, osteopatiche e chiropratiche di cui al precedente punto 2.3 e le cure dentarie e paradentarie di cui al precedente punto 2.4, necessarie a seguito di infortunio, saranno rimborsate solo se documentate anche da idonea certificazione ospedaliera comprovante l'avvenuto infortunio.

d) PROTESI ANATOMICHE E APPARECCHI ACUSTICI

Sono rimborsate, senza applicazione di scoperto, le spese sostenute e debitamente documentate dall'Assicurato di ausili sanitari prescritti da un medico specialista, relativamente a:

- d.1 acquisto e riparazione di protesi anatomiche (incluse quelle ortopediche ed oculari) ed apparecchi acustici con il limite di 3.000,00 euro per nucleo familiare e per anno assistenziale;
- d.2 acquisto di ausili per la mobilità personale nella misura del 80% dell'effettivo costo sostenuto dall'Assicurato.

e) CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di patologie oncologiche la Cassa, oltre al riconoscimento di tutte le spese relative a ricoveri o *day hospital* nei termini indicati al precedente punto a), rimborsa - con massimale annuo pari a **50.000,00 euro per nucleo assicurato** - tutte le spese relative a chemioterapia e terapie radianti, nonché le visite specialistiche e l'assistenza infermieristica domiciliare, incluso le visite, gli accertamenti diagnostici, le terapie (anche farmacologiche) e le spese infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari.

Il rimborso delle prestazioni in precedenza indicate, qualora già previste nelle prestazioni di cui alla precedente lettera c), avverrà utilizzando in primo luogo il limite di assistenza annuo pari a 50.000,00 euro per nucleo di cui alla presente lettera e). In caso di esaurimento del predetto massimale si applicherà, in aggiunta, il limite assistenziale di cui alla precedente lettera c).

Le prestazioni in precedenza indicate verranno rimborsate come segue:

- e.1 tutte le spese se effettuate in regime di convenzione diretta vengono liquidate direttamente dalla Cassa alla struttura convenzionata senza applicazione di alcuno scoperto/franchigia;
- e.2 tutte le spese se effettuate avvalendosi di strutture sanitarie e/o personale non convenzionati con la Cassa vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto/franchigia;
- e.3 in caso in cui l'Assicurato si avvalga del S.S.N. la Cassa rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato senza applicazione di alcuno scoperto/franchigia.

f) MEDICINA PREVENTIVA

Al fine di identificare anticipatamente situazioni che potrebbero evolvere in patologie, vengono riconosciute le spese sostenute dagli Assicurati per i seguenti accertamenti diagnostici effettuati a titolo di prevenzione e cioè senza la presenza di diagnosi o sospetto diagnostico:

f.1 Sesso maschile

- visita cardiologia con ECG;
- RX torace;
- accertamento dell'antigene prostatico;
- ecografia delle vie urinarie.

f.2 Sesso femminile

- visita cardiologia con ECG;
- RX torace;
- visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale).

f.3 Indipendentemente dal sesso

- esame del sangue comprensivo dei seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protombina parziale (PPT), tempo di protrombina (PT), VES;
- esame delle urine;
- ecografia addome;
- vaccinazione antinfluenzale e anti-Covid.

Le sopra indicate prestazioni di medicina preventiva possono essere effettuate presso centri medici convenzionati con la Cassa, con pagamento diretto dalla Cassa alla struttura convenzionata **senza applicazione di alcuno scoperto/franchigia (o altro valore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara).**

Nel caso invece di utilizzo di professionisti o strutture non convenzionate con la Cassa, il rimborso sarà soggetto ad uno scoperto dello 0,01 con un **minimo non rimborsabile di 49,00 euro (o altro valore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara).**

Si precisa che ciascun esame non potrà essere effettuato più di una volta per anno assistenziale

g) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI MASSOTERAPICI, OSTEOPATICI E CHIROPATICI

Vengono rimborsate le spese per trattamenti fisioterapici, massoterapici, osteopatici e chiropratici diversi da quelli previsti alla precedente lettera c), punto 2.3, prescritti da medico specialista ed eseguiti da persone in possesso dei titoli abilitanti previsti dal decreto del Ministro della Sanità 27/07/2000 pubblicato dalla G.U. n. 190 del 16/08/2000 con il limite di 1.500,00 **euro anno assistenziale e per nucleo assicurato.**

Le prestazioni sopra indicate vengono accordate con uno scoperto del **19,90%.**

h) TRAPIANTI

Nel caso di trapianti d'organo o parte di essi la Cassa rimborsa sia le spese previste alla precedente lettera a), punti da 1 a 5, che i trattamenti farmacologici effettuati durante il pre-ricovero e mirati alla prevenzione del rigetto.

Vengono altresì riconosciute sia le spese di ricovero del donatore vivente e tutte quelle necessarie per il prelievo dal donatore quali, a titolo non esaustivo, accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza, trasporto dell'organo.

Si ribadisce che, per tutti i trapianti, il limite di assistenza di cui al precedente art. 4 deve intendersi raddoppiato trattandosi di grande intervento chirurgico compreso nell'allegato elenco.

i) CURE DENTARIE E PREVENZIONE ODONTOLATRICA

Fermo quanto previsto alla precedente lettera c), punto 2.4, per le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, sono altresì rimborsate le spese per:

- i.1 cure dentarie conservative, ad esclusione dell'igiene orale;
- i.2 estrazioni ed otturazioni;
- i.3 prestazioni stomatologiche ed odontoiatriche, incluse protesi ed ortodontiche.

È inoltre previsto il riconoscimento, una volta all'anno, di una seduta di igiene orale e visita di prima valutazione.

La copertura assicurativa di cui al presente punto i) è fruibile dagli Assicurati e solo in convenzione diretta, ovvero solo presso centri medici convenzionati con la Cassa, con un limite di assistenza pari a 900,00 euro per anno assistenziale.

j) LENTI ED OCCHIALI

Viene prevista una copertura assicurativa per il rimborso delle spese sostenute dagli Assicurati per acquisto di lenti a contatto e/o occhiali da vista (lenti+montatura) con un limite annuo per ogni Assicurato pari a 300,00 euro per lenti a contatto e 500,00 euro per occhiali da vista. In assenza di certificato del medico oculista di modifica del visus l'importo massimo annuo delle spese rimborsabili per ogni Assicurato per l'acquisto degli occhiali da vista (lenti + montatura) è di 250,00 euro.

k) OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

Fermo quanto previsto alle precedenti lettere a) ed e), la Cassa rimborsa le spese successive a un ricovero sostenute per servizi domiciliari medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi, tendenti al recupero della funzionalità fisica. Tali spese sono rimborsate senza applicazione di scoperto/franchigia, fino a concorrenza del limite di **20.000,00 (o altro valore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara)** per nucleo assicurato e anno assistenziale.

l) MEDICINALI NON MUTUABILI

Sono rimborsate, agli Assicurati, le spese per medicinali non mutuabili, ivi inclusi anche i preparati omeopatici non mutuabili, con l'applicazione dello scoperto del 10% con un minimo non indennizzabile di 20,00 euro per ogni ricetta o prescrizione con massimale assicurato di 800,00 euro per nucleo assicurato e anno assistenziale.

m) FECONDAZIONE ASSISTITA

Sono rimborsate le spese sostenute in caso di fecondazione assistita (PMA incluse IUI, ICSI e IMSI) effettuata nel rispetto delle leggi vigenti dello Stato italiano. Possono accedere alla garanzia coppie composte da soggetti maggiorenni di sesso diverso, coniugati o conviventi, con età della donna non superiore a 45 anni al momento dell'inizio del primo ciclo di trattamento.

L'ammontare massimo del contributo erogabile è di euro 2.000,00 per ciascun ricorso al trattamento (si intende per trattamento il singolo transfer) e per un massimo di 2 volte nell'anno assistenziale.

Sono rimborsabili le spese per:

A) Trattamenti farmacologici praticati per la induzione della crescita follicolare multipla ed i relativi monitoraggi ecografici;

B) Prestazioni medico-chirurgiche e biomediche riferite alla tecnica della PMA (prelievo degli ovociti, fecondazione ICSI, procedura IMSI, transfer degli embrioni) la prestazione può essere richiesta dalla coppia in cui almeno uno dei due componenti risulti regolarmente in copertura con il piano sanitario.

ART. 6 - ESCLUSIONI

Rimangono sempre escluse dal rimborso le spese per:

- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico;
- interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri salvo quanto previsto in merito all'Art. 5, lettera a), punto 1, ultimo item e con i limiti ivi indicati;
- agopuntura non effettuata da medico specialista;
- prestazioni fisioterapiche, ove previste, non effettuate da fisioterapista diplomato;
- psicoterapia non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;
- logopedia se non effettuata da medico specialista o da logopedista iscritto all'Albo;

- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto in merito al precedente art. 5, lettera c), punto 2.4, e lettera i);
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici (salvo quanto previsto nel presente capitolato);
- le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- 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;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni dolose compiute dall'Assicurato o, comunque, in conseguenza di qualunque suo comportamento e/o azione illecita e dolosa;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate all'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

ART. 7 - CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO AL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI

L'Assicurato può, a sua scelta, avvalersi della procedura di assistenza diretta presso strutture e/o medici convenzionati con la Cassa (nel seguito denominati “*operatore convenzionato*”) oppure anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta).

7.1 - Assistenza Diretta

Per accedere al servizio di assistenza diretta l'Assicurato deve recarsi presso l'*operatore convenzionato* munito di idonea certificazione medica (prescrizione e diagnosi), fornire i propri dati anagrafici e richiedere l'attivazione dell'assistenza in forma diretta attraverso la procedura di pre-attivazione.

La scelta dell'*operatore convenzionato* spetta sempre all'Assicurato.

Per usufruire del servizio di pagamento diretto, l'Assicurato, all'atto dell'accesso presso l'*operatore convenzionato*, deve controfirmare il documento di autorizzazione, inviato dalla Centrale operativa della Cassa all'*operatore convenzionato*, ove sono specificate le spese direttamente liquidabili e quelle non previste.

Nel caso in cui, dopo l'effettuazione della prestazione, si dovesse accertare la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano la inoperatività e/o inefficacia dell'assistenza, tale circostanza dovrà essere comunicata per iscritto all'Assicurato, che dovrà restituire, entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione, tutte le somme indebitamente liquidate all'*operatore convenzionato*. In caso di mancata restituzione delle sopra indicate somme nel termine previsto, la Cassa si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti dell'Assicurato per ottenerne la restituzione.

7.2 - Assistenza indiretta a rimborso

In caso di prestazioni sanitarie erogate da strutture e medici non convenzionati con la Cassa e per le quali quindi l'Assicurato abbia dovuto anticipare in proprio la spesa, per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente capitolato, delle spese sostenute, l'Assicurato deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 giorni dalla data in cui si è concluso la prestazione.

La richiesta deve essere inoltrata alla Cassa corredata dalla documentazione completa e valida attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica e dalle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed infine dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso.

Le ricevute sanitarie e di spesa devono essere trasmesse in fotocopia sottoscritta per copia conforme all'originale (salvo

impegno a produrre i documenti originali su richiesta).

La Cassa non restituisce gli eventuali originali dei documenti di spesa, nonché quelli relativi alla documentazione sanitaria, allegati alle richieste di rimborso accettate, salvo che non vi sia espressa documentata richiesta degli stessi da parte dell'Amministrazione finanziaria. La Cassa restituisce, invece, per tempo gli originali della documentazione allegata alle richieste di rimborso rigettate.

L'estratto conto liquidativo, contenente il dettaglio delle prestazioni sanitarie liquidate ed utile a fini fiscali, può essere, previa registrazione, consultato e scaricato dal sito internet appositamente messo a disposizione dalla Cassa.

La Cassa effettua il rimborso dovuto entro il termine di 30 giorni di calendario (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente capitolato).

La Cassa può richiedere eventuale documentazione integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro 15 giorni dalla ricezione della documentazione: in tal caso il termine per la definizione del sinistro è di 15 giorni dalla ricezione della documentazione integrativa o di eventuali controdeduzioni dell'Assicurato.

Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire entro il termine, la Cassa corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso - a titolo di penale - pari allo 0,02% per ogni giorno di calendario.

Il rimborso verrà effettuato a mezzo bonifico bancario sulle coordinate iban trasmesse al momento dell'adesione all'assistenza od al momento della compilazione del modulo di rimborso.

Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o risulti non dovuto affatto, la Cassa richiederà la restituzione - entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione - dell'importo parziale o totale non dovuto.

I rimborsi vengono effettuati in Italia in euro; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Gli Assicurati si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Cassa in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso.

7.3 - Modalità di comunicazione con gli assicurati

La Cassa renderà disponibile sul proprio sito internet un apposito servizio web/sito internet - accessibile con apposite e personali password e di facile accessibilità da parte degli Assicurati - sul quale rendere disponibili le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato degli operatori convenzionati (strutture e sanitari) e la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche al fine di permettere l'invio delle suddette richieste di erogazione in modalità on-line.

Il sistema deve prevedere la possibilità di gestire le pratiche di rimborso interamente on-line, e prevedere un meccanismo di comunicazione di aggiornamento dello stato della pratica tramite e-mail, nonché la possibilità di aggiornare/integrare la documentazione richiesta anche in un secondo momento. Deve inoltre essere possibile gestire messaggi e/o annotazioni alla pratica al fine di semplificare la comunicazione tra assistito e cassa.

La Cassa comunica all'Assistito - non oltre 14 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di rimborso - l'eventuale necessità di integrazione documentale, indicando chiaramente la documentazione richiesta. Qualora la prima richiesta di integrazione non risulti risolutiva, la Cassa procederà all'inoltro di ulteriore od ulteriori richieste di integrazione.

Il servizio garantisce la possibilità di ottenere informazioni on-line, tramite apposita parola chiave, sullo stato delle pratiche di rimborso al fine di permettere agli Assicurati visionare la propria situazione assistenziale completa e l'andamento della propria pratica di rimborso, nonché i massimali residui.

La Cassa mette inoltre a disposizione un contact center telefonico e una casella di posta elettronica dedicata per chiarimenti ed informazioni sullo stato delle pratiche di rimborso al fine di permettere agli Assicurati di visionare la propria situazione assistenziale completa e l'andamento della propria pratica di rimborso, nonché i massimali residui.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

INTESTINO

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino-perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino-perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

ERNIE

- Intervento iatale con tonduplicatio.

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
 - a) enucleazione delle cisti
 - b) marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - c) totale o della testa
 - d) della coda
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splacnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

CRANIO

- (Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotide per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

ESOFAGO

(Vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.

- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
 - e) resezione con reimpianto
 - f) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele .

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.
- Artroprotesi anca totale (comprensivo di ogni altro intervento preparatorio o concomitante).

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomy totale ureterosigmoidostomia.
- Uretere-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomy totale.
- Surrenelectomia.

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomy per neoplasie maligne con linfadenectomy.

GINECOLOGIA

- Pannistectomy radicale per via addominale per tumore maligno.

OCULISTICA

- Iridocycloterapia da glaucoma.

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laryngectomy totale.
- Faringolaryngectomy.

Orecchio

- Antro-atticotomy.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.