

Copertura Sanitaria

per i dipendenti ed i docenti in servizio ed in quiescenza
dell'Università La Sapienza Associata a Cassa RBM Salute

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le condizioni di assicurazione

MODELLO FI 1053

Edizione 01/2020

RBM Assicurazione Salute S.p.A. - Socio Unico

SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 46

- SEZIONE I

-
- Glossario - *da pag. 1*

 - Capitolo 1 - Informazioni generali - *da pag. 6*

 - Capitolo 2 - Condizioni assicurative - *da pag. 8*

- SEZIONE II

-
- Capitolo 1 - Prestazioni assicurate - *da pag. 12*

 - Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni - *da pag. 33*

 - Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 35*

 - Capitolo 4 - Disposizioni varie - *da pag. 44*

- SEZIONE III

-
- Capitolo 1 – ComfortSalute®
-

Allegati:

-
- 1) Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie

 - 2) Questionario per cure dentarie da malattia

 - 3) Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)

 - 4) Livelli di indennizzo applicati ai trattamenti fisioterapici e rieducativi

 - 5) Livelli di indennizzo applicati alle Équipe non convenzionate

 - 6) Livelli di indennizzo applicati alle cure odontoiatriche

 - 7) Livelli di indennizzo applicati alle visite specialistiche

 - 8) Livelli di indennizzo applicati alle analisi di laboratorio e diagnostiche specialistiche

 - 9) Livelli di indennizzo applicati alle lenti e materiali ottici

 - 10) Lista delle Strutture "TOP"
-

11) Lista Equipe "TOP"

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

Per rendere più chiare le Condizioni di assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

Fondo grigio: esclusioni, limitazioni, franchigie/scoperti

Box blu: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante delle Condizioni di assicurazione. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: contratto con il quale RBM copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nelle CDA.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Assistenza diretta domiciliare: regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- riceve le prestazioni a domicilio da medici/professionisti convenzionati con il Network.

RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Assistenza infermieristica: assistenza offerta da personale fornito di specifico diploma.

Associato: Università degli Studi di Roma – La Sapienza, Piazzale Aldo Moro, 5 – 00185 Roma (RM) P.I. 02133771002, associata alla Cassa.

Broker: intermediario di assicurazione iscritto alla Sez. B del Registro Unico Intermediari (RUI).

Carenza: periodo compreso tra la stipula del contratto assicurativo e l'attivazione delle coperture.

Cartella clinica: insieme dei documenti ufficiali avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Cassa/Fondo: Cassa RBM SALUTE, via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 97607920150; ha finalità assistenziale ed è abilitata¹ a ricevere i contributi e ad assumere la

¹ Art 51 del D.P.R. n. 917/1986.

contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

Certificato di assicurazione: documento che contiene gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, premio, dati dell'Aderente, soggetti assicurati, ecc).

Chirurgia bariatrica ("chirurgia dell'obesità"): interventi chirurgici per ridurre l'assunzione di cibo diminuendo la capacità gastrica (interventi "restrittivi") o la capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi "malassorbitivi").

Contraente: Cassa RBM SALUTE, che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o altrui e che è responsabile del versamento del premio.

Day Hospital: ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da Cartella clinica. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

Evento e Data Evento:

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie).
Data evento: data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
Data evento: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento.
- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.
Data evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.
Data evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.
- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.
Data evento: data della singola prestazione oncologica per lo specifico evento.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera per ricoveri che non comportano il rimborso di spese sanitarie.

Indennizzo: la somma che RBM Salute deve in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate.

Intervento ambulatoriale: intervento di piccola chirurgia senza ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.

Intervento chirurgico: atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono intervento chirurgico.

Intervento chirurgico concomitante: ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

Istituto di cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera.

Non sono istituto di cura:

- gli stabilimenti termali
- le case di convalescenza e di soggiorno
- colonie
- case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA).

Lungodegenza: ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata.

Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS²).

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Medicina Alternativa o Complementare: pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

² Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.rbmsalute.it o nell'App mobile.

Nucleo familiare: Il titolare, il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente³, i figli legittimi conviventi e non, fiscalmente a carico (totale o parziale).

Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati.

Tramite il pagamento del relativo premio l'assicurazione è estesa ad ogni altro familiare convivente fiscalmente non a carico (intesi come coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente).

Optometrista: professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dal Ministero della Salute.

Polizza: contratto di assicurazione.

Premio: la somma che il Contraente deve a RBM Salute.

Protesi acustica (apparecchio acustico): dispositivo elettronico esterno indossabile, che amplifica o modifica il messaggio sonoro per correggere la qualità e la quantità del difetto uditivo causato da fatti morbosi, con carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.

Sono escluse, per esempio, le ortesi (come tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Costituisce parte integrante della Polizza.

RBM Salute: RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di RBM Salute o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Regime misto: regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- accede ad Istituti di cura convenzionati del Network e riceve prestazioni mediche da medici non convenzionati.

Regime rimborsuale: regime per cui RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nelle CDA.

³ Legge 76/2016.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero improprio: la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

Rimborso: la somma che RBM Salute deve in caso di sinistro.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Sport professionistico / Gare professionistiche: attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Per ricoveri con intervento chirurgico **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per rilevare la presenza di aneuploidie (cioè alterazioni del numero normale di cromosomi) nel feto.

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da:

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

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

- per problematiche estetiche
- eseguite con strumenti utilizzati soprattutto nella medicina estetica.

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista).

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni su RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007⁴.

Sito: www.rbmsalute.it

Mail: info@rbmsalute.it

PEC: rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

Sede legale e direzione generale

via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde - Preganziol (TV)
tel. 0422 062700

Sede secondaria

via Victor Hugo 4, 20123 Milano
tel. 02 91431789

Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2018⁵

| | |
|--------------------------------------|------------------|
| Patrimonio netto: | € 230.873.414,00 |
| di cui | |
| - capitale sociale: | € 120.000.000,00 |
| - totale delle riserve patrimoniali: | € 73.765.532,00 |

Indice di solvibilità⁶: 175% (189% al netto dell'add on di capitale)

Art. 3. Carenza contrattuale

Prevista.

Art. 4. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 5. Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dal contratto.

Art. 6. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze⁷.

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2020, RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2021.

Gli altri diritti che derivano dal contratto si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

Art. 7. Reclami

7.1 Come fare reclamo

I reclami sul contratto o su un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati a RBM Salute a scelta:

⁴ G.U. 255 del 2 novembre 2007.

⁵ I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su www.rbmsalute.it (sezione Informazioni Societarie).

⁶ L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.

⁷ Art. 2952 del Codice civile.

- compilando il modulo on line (www.rbmsalute.it/reclami),
- per posta ordinaria o raccomandata: RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde
- per fax: 0422/062909
- per mail: reclami@rbmsalute.it.

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi, se esistono.

Liti transfrontaliere

Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su www.ec.europa.eu/fin-net) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

7.2 Risposte al reclamo

RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.

Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
fax: 06.42133206
pec: ivass@pec.ivass.it
informazioni su www.ivass.it
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria⁸ per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

⁸ D. Lgs. 28/2010.

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8. Cosa si assicura

RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1, e sono differenziati per opzione.

Art. 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione⁹.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre a RBM Salute di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

L'Assicurato deve comunicare a RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario per le cure dentarie da malattia (allegato 2) è da compilare.

Art. 10. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare a RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, RBM non è tenuta a pagare l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri¹⁰. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento¹¹.

Art. 11. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

11.1 Decorrenza

L'assicurazione dura 1 anno e ha effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2020, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

11.2. Premio

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Pur annuo e indivisibile, è frazionato in modo mensile e deve essere pagato in anticipo, come riportato sul certificato di polizza.

È versato dal Contraente a RBM Salute con bonifico bancario, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza, con cadenza semestrale posticipata.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.

Le successive scadenze devono comunque essere rispettate¹².

Scaduti i termini, con raccomandata RBM Salute può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.

⁹ Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

¹⁰ Art. 1910 del Codice civile.

¹¹ Art. 1910 del Codice civile.

¹² Art. 1901 del Codice civile.

11.3 Anagrafica

Le anagrafiche devono pervenire a RBM Salute tramite tracciato informatico concordato.

Anagrafica **provvisoria**: entro 30 giorni prima della decorrenza.

Anagrafica **definitiva**: entro la fine del mese di decorrenza.

Art. 12. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

12.1 Nuove assunzioni

La copertura per il dipendente decorre:

- **se l'assunzione è comunicata a RBM Salute entro 30 giorni dall'assunzione**: dal giorno dell'assunzione
- **se l'assunzione è comunicata a RBM Salute dopo i 30 giorni**: dalle 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

Inclusioni nel primo trimestre: è dovuto il 100% del premio annuo.

Inclusioni nel secondo trimestre: è dovuto il 75% del premio annuo.

Inclusioni successive al secondo trimestre: non ammesse.

Per il personale in quiescenza la garanzia è prestata solo in continuità di copertura.

12.2 Inclusione di Familiari in corso d'anno

È consentita solo per i familiari a carico, cioè le persone per le quali il titolare della copertura ha diritto alla detrazione fiscale.

Le inclusioni devono essere comunicate a RBM Salute **entro 30 giorni** dall'evento per esempio: dalla nascita del figlio). La copertura opera da quando i familiari inclusi sono a carico del titolare della copertura.

Se la comunicazione è fatta **dopo i 30 giorni**: la copertura opera dalle ore 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

La modifica (acquisto o perdita) delle condizioni di reddito previste per avere a carico un familiare assicurato nel corso di un anno assicurativo non ha effetto sui premi per il periodo rimanente dell'anno assicurativo.

12.3 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla prima scadenza utile.

12.4 Regolazione premio

Oltre a quanto previsto all'art. 11.3 "Anagrafica":

- **entro 30 giorni dalla** ricezione dell'anagrafica definitiva, si procede alla regolazione contabile del premio dovuto alla data di decorrenza
- **entro 15 giorni** prima della scadenza delle singole quietanze delle rate di premio, si consegna la regolazione contabile del premio a seguito delle inclusioni e dei passaggi del periodo di copertura trascorso.

Il premio relativo alla regolazione deve essere versato entro 30 giorni dal ricevimento del documento.

Se aumentano i nuclei familiari assicurati, il Contraente deve pagare la rata di rinnovo aumentata in base allo stato del rischio comunicato.

12.5 Categorie assicurate

- dipendenti, docenti e personale in quiescenza dell'Università degli Studi di Roma – La Sapienza
- relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare, anche a fronte del versamento di un premio aggiuntivo.

non rientranti tra le categorie di cui all'art. 27 "Persone non assicurabili".

I figli di dipendenti o ex dipendenti della stessa Azienda coniugati o conviventi more uxorio devono essere inseriti in copertura solo nel nucleo del coniuge o convivente maggiore di età tra i due.

Se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio sono dipendenti o ex dipendenti della stessa Azienda e titolari del piano sanitario, non possono anche essere inseriti come familiari nel nucleo del rispettivo coniuge o convivente.

Devono aderire tutti gli appartenenti alla stessa categoria di lavoratori.

Art. 13. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale in tutto mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 14. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 15. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) Condizioni di Assicurazione
- b) Informativa Privacy (allegato 3)

Art. 16. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario
- modifiche statutarie sul cambio di denominazione sociale o sul trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, RBM Salute consegna al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.

Art. 17. Assicurazione per conto altrui

Questa assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato¹³.

Art. 18. Regime fiscale

Tassa sui premi: 2,50%

Tassa sugli indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato da RBM Salute.

Art. 19. Foro Competente

Per le controversie

- tra RBM Salute e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria di Treviso (TV)
- tra RBM Salute e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi, se previsti.

¹³ Art. 1891 del Codice civile.

Art. 20. Controversie: mediazione

Per controversie connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente¹⁴.

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria (→ Art. 19 "Foro competente").

Art. 21. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

¹⁴ D.lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni.

Sezione II

CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 22. Descrizione delle prestazioni Assicurate

RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1 e differenziati per opzione.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

OPZIONE PER DIPENDENTI E DOCENTI IN SERVIZIO

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni



1.1. Ricovero con e senza intervento chirurgico in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale

Prima del ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro 90 giorni prima del ricovero o entro 100 giorni prima dell'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico

Durante il ricovero

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
spese per materiale protesico e presidi terapeutici: scoperto del 30%
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente. Si precisa che gli scoperti e i minimi previsti, nel caso in cui le prestazioni per ricoveri fossero effettuate in Regime rimborsuale, operano in aggiunta alle limitazioni previste per le rette di degenza indicate nella tabella allegata
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Dopo il ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro 60 giorni dopo il ricovero o entro 100 giorni dopo l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Solo per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, l'Assicurato può chiedere alla Centrale operativa di fruire dell'Assistenza Diretta Domiciliare.

A parziale deroga di quanto sopra, le prestazioni riabilitative potranno essere effettuate e fatturate anche dai professionisti stessi, ma solo in regime di Assistenza diretta. In caso di professionisti non convenzionati il rimborso avverrà alle condizioni previste dall'opzione prescelta e comunque non oltre le tariffe previste dai Livelli di indennizzo (Allegato n. 4 "Livelli di indennizzo applicati ai trattamenti fisioterapici e rieducativi").

Ricoveri per fisioterapia

A seguito di intervento chirurgico sono riconosciuti una volta all'anno per un massimo di 7 giorni.

Trapianti

In caso di trapianto, sono riconosciute solo le spese dell'Assicurato per ricevere l'organo trapiantato. Sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi.

Chirurgia Refrattiva

Sono riconosciute le spese solo per gli interventi:

- in caso di anisometropia superiore a 3 diottrie (presente prima della correzione laser di uno degli occhi)
- in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio.

1.2 Degenza in regime di Day Hospital

Durante la degenza

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "durante il ricovero". Sono esclusi i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.



Si precisa che, per la medesima patologia, il Day Hospital è riconosciuto per un massimo di 3 volte l'anno.

Prima e dopo la degenza (solo in caso di intervento chirurgico)

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche sostenuti entro 100 giorni prima e 100 giorni dopo la degenza, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessaria la stessa.

1.3 Parto naturale, Parto cesareo ed aborto terapeutico



Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro i relativi sub-massimali indicati in polizza.

Parto cesareo: le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocèle, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto cesareo.

1.4 Rette di degenza dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assicurato: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentati (fatture, notule, ricevute).



Limite: 50,00 euro al giorno per 30 giorni.

1.5 Trasporto sanitario



Trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero. Escluso l'uso di eliambulanze.

La scelta del mezzo per il trasporto spetta ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Limite: 1.600,00 euro.

1.6 Indennità sostitutiva



Se l'Assicurato non richiede rimborsi per spese sostenute durante il ricovero, per le necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, per favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, RBM Salute liquida un'indennità di 95,00 euro per ciascun giorno di ricovero fino a 250 giorni. In caso di ricovero senza intervento chirurgico è prevista una franchigia di 3 giorni.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

RBM Salute rimborsa le stesse prestazioni descritte al punto 1.1 "prima del ricovero" e "dopo il ricovero", sostenute nei 30 giorni prima e 30 giorni dopo il ricovero.

L'indennità sostitutiva non si applica per il day hospital e per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura sanitaria.

2. Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere

- Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili a termini di polizza
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - a) gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, quando previsto
 - b) gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50% in proporzione alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

3. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: 160.000,00 euro a nucleo in caso di ricovero con intervento chirurgico, ridotto a 150.000,00 euro a nucleo in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

Per i familiari, a carico e non, per i quali è stato corrisposto il premio aggiuntivo previsto, il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 30.000,00 da intendersi come massimale separato (e aggiuntivo a quello di € 160.000,00 di cui sopra ma entro il limite di € 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento chirurgico) e disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per singolo familiare assicurato.

Sub-massimali annui a nucleo per

- spese pre/post: 2.000,00 euro per evento
- parto naturale: 1.300,00 euro
- parto cesareo (ed eventuali interventi concomitanti), aborto terapeutico: 3.000,00 euro
- chirurgia refrattiva: 1.000,00 euro per occhio
- interventi urologici effettuati con chirurgia robotica:
 - 5.000,00 euro per l'utilizzo del robot
 - 10.000,00 euro per onorari di chirurgo, aiuto, assistente, anestesista e chiunque partecipa all'intervento chirurgico.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Assistenza diretta domiciliare (solo per trattamenti fisioterapici dopo il ricovero (→ punto 1.1 – *Dopo il ricovero*))
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 5% col minimo di 1.500,00 euro
- Assistenza diretta domiciliare (solo per trattamenti fisioterapici dopo il ricovero (→ punto 1.1 – *Dopo il ricovero*)): franchigia di 20,00 euro ad accesso

- Regime rimborsuale: scoperto del 5% col minimo di 1.500,00 euro, fino al massimo previsto nei “Livelli di indennizzo”
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Prestazioni in Regime misto:

- o RBM Salute rimborsa gli onorari dei medici non convenzionati fino al **massimo indicato nei “Livelli di indennizzo applicati alle équipes non convenzionate” (allegato 5)**
- o rimangono i limiti previsti per il regime a rimborso al precedente paragrafo “Franchigie e scoperti”.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 160.000,00

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 5% minimo € 1.500,00

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 12.789,00 a carico di RBM Salute ed € 1.500,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 160.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 5% minimo € 1.500,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 1.360,94 (€ 14.298,00 - € 1.500,00 perché lo scoperto del 5% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile e - € 11.428,06 per superamento dei livelli di indennizzo)

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

- amniocentesi e prelievo villi coriali (su donne di età non inferiore a 37 anni, anche in assenza di patologia accertata o presunta o in presenza di anomalie del feto conosciuta o sospetta)
- angiografia
- angiografia digitale
- biopsie
- broncoscopia
- colonscopia
- coronarografia
- diagnostica radiologica
- doppler
- duodenoscopia
- ecocardiogramma
- ecodoppler
- ecografia
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- esofagoscopia
- gastroscopia
- M.O.C.
- Mammografia
- Radionefrogramma
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- tac
- telecuore
- uroflussometria
- urografia
- dialisi



Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 2.670,00 euro a nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro fino al massimo previsto nei "Livelli di indennizzo"
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.670,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Scoperto 15% minimo € 50,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 195,00 a carico di RBM Salute e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.670,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Scoperto 15% minimo € 50,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 145,35 (€ 245,00 - € 50,00, perché lo scoperto del 15% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile e - € 49,65 per superamento dei livelli di indennizzo)

2. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

2.1 Prestazioni

Sono riconosciute queste spese, escluse le prestazioni del punto 1:

- visite specialistiche (escluse odontoiatriche, psichiatriche, ortodontiche e pediatriche)
- analisi di laboratorio e accertamenti diagnostici



2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.340,00 euro a nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 20% col minimo di 60,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 20% col minimo di 60,00 euro fino al massimo previsto nei "Livelli di indennizzo"
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.340,00

Costo del RX torace € 65,00

Scoperto 20% minimo € 60,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 5,00 a carico di RBM Salute e € 60,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.340,00

Richiesta di rimborso per RX torace € 65,00

Scoperto 20% minimo € 60,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 5,00 (€ 65,00 - € 60,00, perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

3. LENTI/OCCHIALI

3.1. Prestazioni

- Sono indennizzate le spese per acquistare occhiali da vista (comprensivi di montature), lenti da vista anche a contatto (escluse le “usa e getta” e comunque in alternativa alle lenti per occhiali) e con esclusione delle spese per impiego di materiale prezioso, a seguito di modifica del visus (almeno 0,50 diottrie per occhio) certificato da medico oculista o optometrista abilitato, per recuperare l'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi
- la richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno
- è necessario presentare a RBM Salute il certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹⁵.



3.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

- Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 100,00 euro a nucleo.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia di 60,00 euro
- Regime rimborsuale: franchigia di 60,00 euro fino al massimo previsto nei “Livelli di indennizzo”

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Franchigia € 60,00

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 100,00 a carico di RBM Salute, € 60,00 a carico dell'Assicurato e € 240,00 a carico dell'Assicurato per superamento del massimale.

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00

Franchigia € 60,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 100,00 (€ 400,00 - 60 - 240,00 per superamento massimale)

¹⁵ D.Lgs 46/1997.

C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

1. Prestazioni

- sono riconosciute le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi per recuperare la salute
- le richieste di rimborso per trattamenti fisioterapici devono essere presentate al termine della cura
- l'Assicurato può chiedere alla Centrale operativa l'Assistenza diretta domiciliare.



2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 300,00 euro a nucleo, inteso come sub-massimale condiviso con la garanzia "Alta specializzazione"

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Assistenza diretta domiciliare
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro;
- Assistenza diretta domiciliare: franchigia 20,00 euro ad accesso in caso di infortunio o 25,00 euro ad accesso in caso di malattia, oltre allo scoperto previsto per il regime di Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro fino al limite previsto nei "Livelli di indennizzo";
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 300,00 inteso come sub-massimale condiviso con "Alta specializzazione"

Costo della massoterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 15% min € 50,00

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 190,00 a carico di RBM Salute e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 300,00 inteso come sub-massimale condiviso con "Alta specializzazione"

Richiesta di rimborso per massoterapia € 240,00

Scoperto 15% minimo € 50,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 17,01 (€ 240,00 - € 50,00, perché lo scoperto del 15% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile e - € 172,99 per superamento dei Livelli di Indennizzo).

D) CURA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE

1. Prestazioni

Sono riconosciute le spese sostenute per la cura delle malattie neoplasiche (per esempio: cobaltoterapia, chemioterapia, terapie irradianti, ecc.)



2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.670,00 euro a nucleo, condiviso con la garanzia "Alta specializzazione"

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro;
- Regime rimborsuale: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro fino al limite previsto nei “Livelli di indennizzo”;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.670,00 condiviso con “Alta specializzazione”

Costo della radioterapia € 1.500,00

Scoperto 15% minimo € 50,00

Prestazione autorizzata € 1.500,00 di cui € 1.275,00 a carico di RBM Salute e € 225,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.670,00 condiviso con “Alta specializzazione”

Richiesta di rimborso per radioterapia € 1.500,00

Scoperto 15% minimo € 50,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 1.275,00 (€ 1.500,00 – 15%, perché lo scoperto del 15% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Cure dentarie da infortunio

1.1 Prestazioni

Sono riconosciute le spese per cure dentarie rese necessarie da infortunio, adeguatamente documentate, effettuate ambulatorialmente.



1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.670,00 euro a nucleo, condiviso con la garanzia “Alta specializzazione”

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro;
- Regime rimborsuale: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro fino al limite previsto nei “Livelli di indennizzo”
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.670,00 condiviso con “Alta specializzazione”

Costo di avulsione € 120,00

Scoperto 15% minimo € 50,00

Prestazione autorizzata € 120,00 di cui € 70,00 a carico di RBM Salute e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.670,00 condiviso con “Alta specializzazione”

Richiesta di rimborso per avulsione € 120,00

Scoperto 15% minimo € 50,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 70,00 (€ 120,00 – € 50, perché lo scoperto del 15% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

2. Cure dentarie da malattia

2.1 Prestazioni

Sono riconosciute le spese per cure dentarie da malattia a favore del solo titolare (dipendente/docente), sulla base dell'allegato 6 "Livelli di indennizzo applicati alle cure odontoiatriche" e con il massimo nell'allegato stesso.

Si precisa che è obbligatoria la compilazione del questionario (vedi Allegato n. 2) da parte di ogni assicurato. Il questionario verrà inviato direttamente dall'Assicurato a RBM Salute al fine della corretta liquidazione sinistri.

2.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.500,00 euro a nucleo.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia di 50,00 euro sul primo sinistro e fino al limite previsto nei "Livelli di indennizzo";
- Regime rimborsuale: franchigia di 50,00 euro sul primo sinistro e fino al limite previsto nei "Livelli di indennizzo".

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.550,00

Costo della Terapia Endodontica ad un canale € 200,00

Franchigia € 50,00 sul primo sinistro fino a Livelli di indennizzo

Prestazione autorizzata € 200,00 di cui € 102,00 a carico di RBM Salute e € 50,00 a carico dell'Assicurato ed € 48,00 a carico dell'Assicurato per superamento dei Livelli di Indennizzo

Regime rimborsuale

Massimale € 1.550,00

Richiesta di rimborso per Terapia Endodontica ad un canale € 200,00

Franchigia € 50,00 sul primo sinistro fino a Livelli di indennizzo

Indennizzo € 102,00 (€ 200,00 - € 50 - € 48,00 per superamento dei Livelli di Indennizzo).

F) ALTRE GARANZIE

1. Visite di controllo

1.1 Prestazioni

Per l'Assicurato soltanto: **una visita di controllo gratuita all'anno. Non può essere fruita da persona diversa dal titolare della copertura.**

Nel caso di adesione del Nucleo familiare: **è riconosciuta una ulteriore visita di controllo annua per un altro componente del nucleo stesso, diverso dal titolare della copertura.**

La prestazione è garantita **anche in caso di consulto o semplice controllo**; pertanto **non è richiesta la prescrizione medica.**

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Franchigie e scoperti: nessuno

2. Prevenzione Herpes Zoster e sue complicanze

2.1 Prestazioni

Per Assicurati con più di 55 anni: possibilità di immunizzarsi da questa malattia.

2.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta, in specifici Centri autorizzati del Network

Franchigie e scoperti

Franchigia: 36,15 euro

3. Fecondazione eterologa

3.1 Prestazioni

Copre le spese necessarie a trattare la fecondazione eterologa in strutture sanitarie nell'Unione Europea.

Se il trattamento è effettuato all'estero, sono escluse tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'Assicurato e i costi dell'eventuale accompagnatore.

3.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: 250 euro anno/nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Franchigie e scoperti: nessuno

4. Test genetici prenatali non invasivi su DNA fetale

4.1. Prestazioni

La garanzia Alta Specializzazione comprende i test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (per esempio: Harmony test, Prenatal Safe, ecc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi e alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale.

Tali test sono riconosciuti solo in alternativa all'amniocentesi/villocentesi.

4.2 Regimi e condizioni di erogazione

- madre maggiore di 35 anni
- gravidanza a rischio (indipendentemente dall'età materna). In questo caso il medico che prescrive deve specificare le malattie (preesistenti o sorte durante la gravidanza) che comportano un rischio per la donna o per il feto

Massimali

- Massimale annuo: condiviso con Alta Specializzazione

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro fino al massimo previsto nei "Livelli di indennizzo"
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

5. Assistenza post parto

5.1. Prestazioni

Prevede una serie di coperture per il pieno recupero dell'Assicurata a seguito del parto.

a) Supporto psicologico post parto

Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura): massimo 3 visite psicologiche.

b) Controllo Arti Inferiori

Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura): una visita di controllo degli arti inferiori per stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.

c) Week-end benessere

Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura): pacchetto complessivo di prestazioni, cioè

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

5.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Nessuno

6. Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di Assicurati)

6.1. Prestazioni

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato:

- Indennità **1.000 euro** per anno/neonato
- Massimo per 3 anni.

7. Controllo pediatrico

7.1. Prestazioni

Visita specialistica pediatrica di controllo a nucleo alle seguenti condizioni ed età:

- 1 visita tra i 6 e i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni.

7.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Franchigia per ogni prestazione: 36,15 euro.

OPZIONE PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni



1.1. Ricovero con e senza intervento chirurgico in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale

Prima del ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro 90 giorni prima del ricovero o entro 100 giorni prima dell'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico

Durante il ricovero

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- spese per materiale protesico e presidi terapeutici: scoperto del 30%
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente. Si precisa che gli scoperti e i minimi previsti, nel caso in cui le prestazioni per ricoveri fossero effettuate in Regime rimborsuale, operano in aggiunta alle limitazioni previste per le rette di degenza indicate nella tabella allegata
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Dopo il ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro 60 giorni dopo il ricovero o entro 100 giorni dopo l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Solo per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, l'Assicurato può chiedere alla Centrale operativa di fruire dell'Assistenza Diretta Domiciliare.

A parziale deroga di quanto sopra, le prestazioni riabilitative potranno essere effettuate e fatturate anche dai professionisti stessi, ma solo in regime di Assistenza diretta. In caso di professionisti non convenzionati il rimborso avverrà alle condizioni previste dall'opzione prescelta e comunque non oltre le tariffe previste dai Livelli di indennizzo (Allegato n. 4 "Livelli di indennizzo applicati ai trattamenti fisioterapici e rieducativi").

Ricoveri per fisioterapia

A seguito di intervento chirurgico sono riconosciuti una volta all'anno per un massimo di 7 giorni.

Trapianti

In caso di trapianto, sono riconosciute solo le spese dell'Assicurato per ricevere l'organo trapiantato. Sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi.

Chirurgia Refrattiva

Sono riconosciute le spese solo per gli interventi:

- a) in caso di anisometropia superiore a 3 diottrie (presente prima della correzione laser di uno degli occhi)
- b) in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio.

1.2 Degenza in regime di Day Hospital

Durante la degenza

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "durante il ricovero". Sono esclusi i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.



Si precisa che, per la medesima patologia, il Day Hospital è riconosciuto per un massimo di 3 volte l'anno.

Prima e dopo la degenza (solo in caso di intervento chirurgico)

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche sostenuti entro 100 giorni prima e 100 giorni dopo la degenza, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessaria la stessa.

1.3 Parto naturale, Parto cesareo ed aborto terapeutico



Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro i relativi sub-massimali indicati in polizza.

Parto cesareo: le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocèle, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto cesareo.

1.4 Rette di degenza dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assicurato: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentati (fatture, notule, ricevute).



Limite: 50,00 euro al giorno per 30 giorni.

1.5 Trasporto sanitario



Trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero. Escluso l'uso di eliambulanz.

La scelta del mezzo per il trasporto spetta ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Limite: 1.600,00 euro.

1.6 Indennità sostitutiva



Se l'Assicurato non richiede rimborsi per spese sostenute durante il ricovero, per le necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, per favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, RBM Salute liquida un'indennità di 95,00 euro per ciascun giorno di ricovero fino a 250 giorni. In caso di ricovero senza intervento chirurgico è prevista una franchigia di 3 giorni.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

RBM Salute rimborsa le stesse prestazioni descritte al punto 1.1 “prima del ricovero” e “dopo il ricovero”, sostenute nei 30 giorni prima e 30 giorni dopo il ricovero.

L'indennità sostitutiva non si applica per il day hospital e per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura sanitaria.

2. Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere

- Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili a termini di polizza
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - B) gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, quando previsto
 - C) gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50% in proporzione alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

3. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: 160.000,00 euro a nucleo in caso di ricovero con intervento chirurgico, ridotto a 150.000,00 euro a nucleo in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

Per i familiari, a carico e non, per i quali è stato corrisposto il premio aggiuntivo previsto, il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 30.000,00 da intendersi come massimale separato (e aggiuntivo a quello di € 160.000,00 di cui sopra ma entro il limite di € 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento chirurgico) e disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per singolo familiare assicurato.

Sub-massimali annui a nucleo per

- spese pre/post: 2.000,00 euro per evento
- parto naturale: 1.300,00 euro
- parto cesareo (ed eventuali interventi concomitanti), aborto terapeutico: 3.000,00 euro
- chirurgia refrattiva: 1.000,00 euro per occhio
- interventi urologici effettuati con chirurgia robotica:
 - 5.000,00 euro per l'utilizzo del robot
 - 10.000,00 euro per onorari di chirurgo, aiuto, assistente, anestesista e chiunque partecipa all'intervento chirurgico.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Assistenza diretta domiciliare (solo per trattamenti fisioterapici dopo il ricovero (→ punto 1.1 – *Dopo il ricovero*))
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 5% col minimo di 1.500,00 euro
- Assistenza diretta domiciliare (solo per trattamenti fisioterapici dopo il ricovero (→ punto 1.1 – *Dopo il ricovero*): franchigia di 20,00 euro ad accesso
- Regime rimborsuale: scoperto del 5% col minimo di 1.500,00 euro, fino al massimo previsto nei “Livelli di indennizzo”
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Prestazioni in Regime misto:

- RBM Salute rimborsa gli onorari dei medici non convenzionati fino al **massimo indicato nei “Livelli di indennizzo applicati alle équipe non convenzionate” (allegato 5)**
- rimangono i limiti previsti per il regime a rimborso al precedente paragrafo “Franchigie e scoperti”.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 160.000,00

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 5% minimo € 1.500,00

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 12.789,00 a carico di RBM Salute ed € 1.500,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 160.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 5% minimo € 1.500,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 1.360,94 (€ 14.298,00 - € 1.500,00 perché lo scoperto del 5% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile e - € 11.428,06 per superamento dei livelli di indennizzo)

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

- amniocentesi e prelievo villi coriali (su donne di età non inferiore a 37 anni, anche in assenza di patologia accertata o presunta o in presenza di anomalie del feto conosciuta o sospetta)
- angiografia
- angiografia digitale
- biopsie
- broncoscopia
- colonscopia
- coronarografia
- diagnostica radiologica
- doppler
- duodenoscopia
- ecocardiogramma
- ecodoppler
- ecografia
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- esofagoscopia
- gastroscopia
- M.O.C.
- Mammografia
- Radionefrogramma
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- tac
- telecuore
- uroflussometria
- urografia
- dialisi



Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 2.670,00 euro a nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro fino al massimo previsto nei "Livelli di indennizzo"
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.670,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Scoperto 15% minimo € 50,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 195,00 a carico di RBM Salute e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.670,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Scoperto 15% minimo € 50,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 145,35 (€ 245,00 - € 50,00, perché lo scoperto del 15% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile e - € 49,65 per superamento dei livelli di indennizzo)

2. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

2.1 Prestazioni

Sono riconosciute queste spese, escluse le prestazioni del punto 1:

- visite specialistiche (escluse odontoiatriche, psichiatriche, ortodontiche e pediatriche)
- analisi di laboratorio e accertamenti diagnostici



2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.340,00 euro a nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 20% col minimo di 60,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 20% col minimo di 60,00 euro fino al massimo previsto nei "Livelli di indennizzo"
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.340,00

Costo del RX torace € 65,00

Scoperto 20% minimo € 60,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 5,00 a carico di RBM Salute e € 60,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.340,00

Richiesta di rimborso per RX torace € 65,00

Scoperto 20% minimo € 60,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 5,00 (€ 65,00 - € 60,00, perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

3. LENTI/OCCHIALI

3.1. Prestazioni

- Sono indennizzate le spese per acquistare occhiali da vista (comprensivi di montature), lenti da vista anche a contatto (escluse le “usa e getta” e comunque in alternativa alle lenti per occhiali) e con esclusione delle spese per impiego di materiale prezioso, a seguito di modifica del visus (almeno 0,50 diottrie per occhio) certificato da medico oculista o optometrista abilitato, per recuperare l’attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi
- la richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un’unica soluzione entro la fine dell’anno
- è necessario presentare a RBM Salute il certificato di conformità rilasciato dall’ottico¹⁶.



3.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

- Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 100,00 euro a nucleo.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia di 60,00 euro
- Regime rimborsuale: franchigia di 60,00 euro fino al massimo previsto nei “Livelli di indennizzo”

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Franchigia € 60,00

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 100,00 a carico di RBM Salute, € 60,00 a carico dell’Assicurato e € 240,00 a carico dell’Assicurato per superamento del massimale.

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00

Franchigia € 60,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 100,00 (€ 400,00 – 60 – 240,00 per superamento massimale)

C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

1. Prestazioni

- sono riconosciute le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi per recuperare la salute
- le richieste di rimborso per trattamenti fisioterapici devono essere presentate al termine della cura
- l’Assicurato può chiedere alla Centrale operativa l’Assistenza diretta domiciliare.



2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 300,00 euro a nucleo, inteso come sub-massimale condiviso con la garanzia “Alta specializzazione”

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

¹⁶ D.Lgs 46/1997.

- Assistenza diretta domiciliare
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro;
- Assistenza diretta domiciliare: franchigia 20,00 euro ad accesso in caso di infortunio o 25,00 euro ad accesso in caso di malattia, oltre allo scoperto previsto per il regime di Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro fino al limite previsto nei “Livelli di indennizzo”;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 300,00 inteso come sub-massimale condiviso con “Alta specializzazione”

Costo della massoterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 15% min € 50,00

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 190,00 a carico di RBM Salute e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 300,00 inteso come sub-massimale condiviso con “Alta specializzazione”

Richiesta di rimborso per massoterapia € 240,00

Scoperto 15% minimo € 50,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 17,01 (€ 240,00 - € 50,00, perché lo scoperto del 15% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile e - € 172,99 per superamento dei Livelli di Indennizzo).

D) CURA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE

1. Prestazioni

Sono riconosciute le spese sostenute per la cura delle malattie neoplasiche (per esempio: cobaltoterapia, chemioterapia, terapie irradianti, ecc.)



2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.670,00 euro a nucleo, condiviso con la garanzia “Alta specializzazione”

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro;
- Regime rimborsuale: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro fino al limite previsto nei “Livelli di indennizzo”;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.670,00 condiviso con “Alta specializzazione”

Costo della radioterapia € 1.500,00

Scoperto 15% minimo € 50,00

Prestazione autorizzata € 1.500,00 di cui € 1.275,00 a carico di RBM Salute e € 225,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.670,00 condiviso con “Alta specializzazione”

Richiesta di rimborso per radioterapia € 1.500,00

Scoperto 15% minimo € 50,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 1.275,00 (€ 1.500,00 - 15%, perché lo scoperto del 15% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Cure dentarie da infortunio

1.1 Prestazioni

Sono riconosciute le spese per cure dentarie rese necessarie da infortunio, adeguatamente documentate, effettuate ambulatorialmente.



1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.670,00 euro a nucleo, condiviso con la garanzia "Alta specializzazione"

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro;
- Regime rimborsuale: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro fino al limite previsto nei "Livelli di indennizzo"
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.670,00 condiviso con "Alta specializzazione"

Costo di avulsione € 120,00

Scoperto 15% minimo € 50,00

Prestazione autorizzata € 120,00 di cui € 70,00 a carico di RBM Salute e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.670,00 condiviso con "Alta specializzazione"

Richiesta di rimborso per avulsione € 120,00

Scoperto 15% minimo € 50,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo € 70,00 (€ 120,00 - € 50, perché lo scoperto del 15% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

F) ALTRE GARANZIE

1. Visite di controllo

1.1 Prestazioni

Per l'Assicurato soltanto: **una visita di controllo gratuita all'anno. Non può essere fruita da persona diversa dal titolare della copertura.**

Nel caso di adesione del Nucleo familiare: **è riconosciuta una ulteriore visita di controllo annua per un altro componente del nucleo stesso, diverso dal titolare della copertura.**

La prestazione è garantita **anche in caso di consulto o semplice controllo**; pertanto **non è richiesta la prescrizione medica.**

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Franchigie e scoperti: nessuno

2. Prevenzione Herpes Zoster e sue complicanze

2.1 Prestazioni

Per Assicurati con più di 55 anni: possibilità di immunizzarsi da questa malattia.

2.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta, in specifici Centri autorizzati del Network

Franchigie e scoperti

Franchigia: 36,15 euro

3. Fecondazione eterologa

3.1 Prestazioni

Copre le spese necessarie a trattare la fecondazione eterologa in strutture sanitarie nell'Unione Europea.

Se il trattamento è effettuato all'estero, sono escluse tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'Assicurato e i costi dell'eventuale accompagnatore.

3.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: 250 euro anno/nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Franchigie e scoperti: nessuno

4. Test genetici prenatali non invasivi su DNA fetale

4.1. Prestazioni

La garanzia Alta Specializzazione comprende i test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (per esempio: Harmony test, Prenatal Safe, ecc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi e alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale.

Tali test sono riconosciuti solo in alternativa all'amniocentesi/villocentesi.

4.3 Regimi e condizioni di erogazione

- madre maggiore di 35 anni
- gravidanza a rischio (indipendentemente dall'età materna). In questo caso il medico che prescrive deve specificare le malattie (preesistenti o sorte durante la gravidanza) che comportano un rischio per la donna o per il feto

Massimali

- Massimale annuo: condiviso con Alta Specializzazione

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 15% col minimo di 50,00 euro fino al massimo previsto nei "Livelli di indennizzo"
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

5. Assistenza post parto

5.1. Prestazioni

Prevede una serie di coperture per il pieno recupero dell'Assicurata a seguito del parto.

a) Supporto psicologico post parto

Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura): massimo 3 visite psicologiche.

b) Controllo Arti Inferiori

Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura): una visita di controllo degli arti inferiori per stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.

c) Week-end benessere

Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura): pacchetto complessivo di prestazioni, cioè

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

5.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Nessuno

6. Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di Assicurati)

6.1. Prestazioni

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato:

- Indennità **1.000 euro** per anno/neonato
- Massimo per 3 anni.

7. Controllo pediatrico

7.1. Prestazioni

Visita specialistica pediatrica di controllo a nucleo alle seguenti condizioni ed età:

- 1 visita tra i 6 e i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni.

7.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Franchigia per ogni prestazione: 36,15 euro

Art. 23. Neonati

L'Assicurazione opera anche:

- per i neonati se la **comunicazione a RBM Salute è fatta entro 30 giorni dalla nascita**
- per le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici, se effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro il limite di 30.000 euro.



Esempi:

Regime di assistenza diretta - Garanzia Ricoveri

Massimale € 160.000,00

Sub-Massimale Garanzia Neonati € 30.000,00

Costo della prestazione in assistenza diretta € 10.000,00

Scoperto 5% minimo € 1.500,00

Prestazione autorizzata € 10.000,00 di cui € 8.500,00 a carico di RBM Salute ed € 1.500,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale - Garanzia Ricoveri

Massimale € 160.000,00

Sub-Massimale Garanzia Neonati € 30.000,00

Richiesta di rimborso € 40.000,00

Scoperto 5% minimo € 1.500,00 fino a Livelli di Indennizzo

Indennizzo: € 30.000,00 (€ 40.000,00 - € 1.500,00 = € 38.500,00 che essendo superiore al sub-massimale determina un indennizzo massimo pari al sub-massimale, rimanendo a carico dell'Assicurato € 10.000,00, di cui € 1.500,00 a titolo di scoperto ed € 7.500,00 per superamento del sub-massimale).

Art. 24. Estensioni di garanzia

Sono inclusi:

- malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della polizza
- i difetti fisici la cui correzione non sia stata possibile o indicata nel primo anno di vita e che diano conseguenze o complicanze patologiche per l'Assicurato, salvo quanto previsto nel successivo capitolo "Esclusioni e Delimitazioni".

CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 25. Termini di Carenza

Per i nuovi ingressi la garanzia decorre dalle ore 00.00:

- del giorno di decorrenza dell'assicurazione per le spese a seguito di infortunio avvenuto in corso di copertura
- del 120° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie insorte posteriormente alla decorrenza della presente polizza
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto.

Si precisa che le carenze devono intendersi in continuità con quanto già previsto ed applicato sulla medesima copertura dal precedente assicuratore.

Art. 26. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
- 2) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- 3) infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"
- 4) infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
- 5) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
- 6) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- 7) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 8) spese in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
- 9) interruzione volontaria della gravidanza
- 10) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza, per tumori maligni
- 11) prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale), salvo quanto previsto alla garanzia "Cure Dentarie", se prevista in polizza;
- 12) cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici, salvo quanto previsto all'art. 23
- 13) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
- 14) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)
- 15) ricoveri in lungodegenza
- 16) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari
- 17) correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato
- 18) interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica
- 19) prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel "dopo il ricovero"
- 20) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
- 21) spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini
- 22) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
- 23) ricoveri impropri
- 24) infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, le relative conseguenze e complicanze
- 25) conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Art. 27. Persone non assicurabili

- le persone che alla decorrenza dell'assicurazione abbiano già compiuto 70 anni. Per gli Assicurati che raggiungono il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga
- le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Se una di queste malattie si manifesta nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi¹⁷.

Possono essere assicurati i portatori di disabilità mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dall'Art. 26 "Esclusioni", n. 8.

CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 28. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

28.1 Oneri

Denuncia

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a RBM Salute non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo¹⁸.

Se nella denuncia mancano elementi essenziali, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- mancanza completa di documentazione
- copertura assente
- struttura sanitaria o prestazione non convenzionata
- dato mancante (ad esempio il nome del medico per le visite specialistiche)
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

Regime rimborsuale

- garanzia non prevista
- mancanza completa di documentazione
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica in presenza di referto istologico)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario.

Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni dalla richiesta di RBM Salute, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

¹⁷ Come previsto dall'art. 1898 del Codice civile.

¹⁸ Art. 1915 del Codice civile.

Data del Sinistro

- Prestazioni ospedaliere: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella della prima prestazione sanitaria fornita per lo specifico evento
- cure oncologiche, prestazioni fisioterapiche e odontoiatriche: quella della singola prestazione per lo specifico evento.

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare la documentazione di liquidazione di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.

Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

Visite di medici incaricati da RBM Salute

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da RBM Salute e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi.

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono subito avvisare RBM Salute
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - estremi del testamento
 - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

Uso di medici, odontoiatri e strutture convenzionati

Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi solo in Assistenza diretta.

Non è ammesso il Regime rimborsuale.

Nel Regime misto l'obbligo riguarda solo le prestazioni della Struttura convenzionata.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.rbmsalute.it o nell'app mobile.

Strutture ed équipe “TOP” (allegati 10 e 11)

Per la particolare specializzazione di queste strutture ed équipe e della qualità garantita, gli scoperti di base sono incrementati come segue (cfr. scheda riassuntiva - All.1):

- Assistenza diretta: scoperto base + 5%
- Regime rimborsuale: scoperto base + 10%

Prestazioni intramoenia

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni sanitarie/odontoiatriche o i cicli di cura/terapie iniziati in un determinato esercizio rientrano nel massimale previsto per ciascuna garanzia dello stesso periodo assicurativo.

L'eventuale quota di spesa che non rientra nel massimale annuo è a carico dell'Assicurato.

Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital

I limiti di spesa (per esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

Imposte e oneri amministrativi

Sono carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

28.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta o mista

a) Prima della prestazione

Sono previste 2 fasi: 1) richiesta del voucher 2) rilascio del voucher.

Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale operativa** (attiva **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**) **allegando la documentazione necessaria.**

Per poter ricevere la prestazione autorizzata, **l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute® e consegnare la prescrizione medica.**

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'emissione del VoucherSalute® per ogni singola prestazione che deve eseguire (comprese le prestazioni odontoiatriche e terapie); non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono
 - **800. 06.98.75** da telefono fisso (numero verde)
 - **0422.17.44.169** da cellulare e per chiamate dall'estero.

Dati da fornire alla Centrale operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- prestazione da effettuare

- diagnosi o quesito diagnostico.

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata:
 - **è necessaria la prescrizione del medico di base per:** alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
 - prestazioni diverse da quelle sopra indicate: la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione;** se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, è **necessario il relativo referto**
 - prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero: per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.
- **copia del tesserino “esenzione 048”** per prestazioni oncologiche di follow-up
- **copia del certificato di prenotazione del ricovero** per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta
- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
 - **referto del Pronto Soccorso;** se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l’infortunio, l’Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l’Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall’infortunio, di essere visitato **a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da RBM Salute.** La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l’infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**
 - se l’evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**
 - **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell’incidente, l’Assicurato deve inviare anche **il verbale dell’incidente redatto dalle forze dell’ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);
- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti,** in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- **prestazioni odontoiatriche:** per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all’Assicurato anche:
 - **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan e/o Teleradiografie**
 - **certificati di laboratorio**come meglio dettagliati nella tabella sotto riportata:

| | Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti | Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti | Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti |
|--|--|--|--|
| CONSERVATIVA (ad esempio cavità di 5^a classe di BLACK) | Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche | Fotografie in caso di: intarsi, amputazione coronale della polpa (polpotomia) e otturazione cavo pulpare, incappucciamento della polpa | Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi, anche certificato di laboratorio |
| CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice) | Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche | Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotetico | Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di - disinclusione denti ritenuti: anche ortopantomica post prestazione. - estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche il certificato dell'anestesista |
| ORTOGNATODONZIA (per es. terapia ortodontica con apparecchiature fisse) | Ortopantomica, teleradiografia, fotografie intraorali e dei modelli in gesso singoli e in occlusione | | Fotografie post prestazione (con apparecchio applicato) |
| PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici) | Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche | Fotografie in caso di: chirurgia gengivale, chirurgia mucogengivale o abbassamento di fornice, amputazioni radicolari, chirurgia ossea, innesto autogeno o di materiale biocompatibile, lembo gengivale semplice, lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti mucogengivali, levigatura delle radici e/o courettage gengivale. | Fotografie e/o radiografie endorali |
| DIAGNOSTICA (per es. radiografia endorale) | | | Immagine referto |

- **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti
- **per le prestazioni relative ai familiari per i quali è prevista la corresponsione del premio aggiuntivo**: copia dello stato di famiglia. In caso di coniuge fiscalmente non a carico la convivenza potrà essere autocertificata dal dipendente/docente
- **tutto ciò che è necessario per valutare correttamente e poter autorizzare il sinistro.**

Come trasmettere i documenti:

- da portale web o con l'app mobile
- per mail: assistenza.cassarbm@previmedical.it

Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale operativa

- se disponibili nel territorio, **sono individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative** (in caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione entro 30 giorni dal rilascio del voucher**
- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate proposte, o può individuarne una diversa; in quest'ultimo caso la Centrale operativa non garantisce che la prestazione sia eseguita entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

Esempio: se le prestazioni post ricovero possono essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® è rilasciato il 10 Novembre, il voucher ha validità di 20 giorni per eseguire le prestazioni.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

- **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta**, la Centrale operativa:
 - rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)
 - se richiede integrazioni alla documentazione sanitaria, **il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
 - invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 30 giorni dalla data di emissione.

Se è scaduto da massimo 7 giorni: l'Assicurato può chiederne la riemissione immediata entro 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza tramite la propria Area Riservata o l'app Mobile senza dover allegare di nuovo la documentazione già trasmessa.

Se è scaduto da più di 7 giorni: l'Assicurato deve chiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, allegando di nuovo tutta la documentazione necessaria.

Il VoucherSalute® è rinnovabile dal 20° giorno dalla sua emissione al massimo per altre due volte, quindi con una validità complessiva di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2020; a partire dal 20/03/2020 l'Assicurato che non lo ha ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che ha 30 giorni di validità dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non può più essere utilizzato. È consentita una ulteriore emissione del VoucherSalute®, per una validità di altri 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2020 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di riemissione, non può superare la data del 29/05/2020, per un totale 90 giorni dal 01/03/2020).

Se la riemissione è richiesta prima che siano finiti i 30 giorni di validità (e comunque dal 20° giorno di emissione del voucher), gli eventuali giorni di validità non usufruiti sono persi.

Il voucher non può essere annullato dall'Assicurato. Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullarlo, deve contattare la Centrale operativa.

Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute®.

La preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate non è necessaria nei soli casi di emergenza (→ qui sotto, par. b).

Segnalazione di nuove Strutture

Se hanno interesse per una struttura sanitaria che non è già parte del Network, gli Assicurati possono segnalare, perché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento.

È sufficiente proporre la candidatura a: ufficio.convenzioni@previmedical.it.

b) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero)

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa

- l'Assicurato può chiedere il rilascio del voucher **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- l'Assicurato contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- **il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa** (per mail assistenza.cassarbm@previmedical.it o per fax 0422.17.44.669) **allegando** il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

La valutazione finale sulla effettiva esistenza del requisito di gravità rispetto al singolo caso è comunque effettuata dalla Centrale operativa; l'attivazione della procedura d'urgenza è subordinata a tale valutazione.

La procedura d'urgenza non può essere attivata per ricoveri in regime di Assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale operativa.

c) La prenotazione

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione da RBM Salute, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

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

d) Centrale operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

e) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, franchigie, prestazioni non previste dalle CDA), e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)
- RBM Salute effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota in caso di ricovero, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹⁹,...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: franchigie e scoperti).

28.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea, b) on line**. In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.
- le prestazioni devono
 - essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni**; se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**.
 - **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**
 - **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**
 - **fatturate** da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi**.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

RBM Salute si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato deve compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.rbmsalute.it sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica) e allegare in fotocopia:

¹⁹ D.Lgs 46/1997.

1. **documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola
2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È necessaria la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
3. **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera** (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital
4. dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
5. **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico²⁰. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno assicurativo
6. **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti**, in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
7. copia del **tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
8. **per trattamenti fisioterapici:**
 - i. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
 - ii. indicazione del **titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazione
9. per prestazioni in **Regime misto**: l'Assicurato deve presentare anche:
 - un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata che attesta il pagamento delle prestazioni dell'équipe non convenzionata, oppure
 - prova del pagamento degli onorari medici (per esempio copia del bonifico bancario eseguito)
10. le richieste di rimborso per **cure dentarie** devono essere presentate al termine del piano di cura, a meno che il piano non sia previsto per più di una annualità. In questo caso deve essere inviato il preventivo di spesa insieme alla prima richiesta di rimborso
11. in caso di **infortunio** devono essere presentati anche:
 - **referto del Pronto Soccorso**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da RBM Salute. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**

²⁰ D.Lgs 46/1997.

- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo.**

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

- 12. per le richieste di rimborso relative ai familiari per i quali è prevista la corresponsione del premio aggiuntivo:** copia dello stato di famiglia. In caso di coniuge fiscalmente non a carico la convivenza potrà essere autocertificata dal dipendente/docente
- 13. tutto ciò che serve** per liquidare in modo corretto i sinistri.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata (<https://webab.previmedical.it/arena-cassarbm/login.html#/>)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che RBM Salute considera equivalente all'originale. RBM Salute si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

Per ricovero in Assistenza diretta: se, durante o dopo il ricovero, si accerta che la polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione

- RBM Salute ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve
 - restituire a RBM Salute tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
 - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

CAPITOLO 4 - DISPOSIZIONI VARIE

Art. 29. Clausola Broker

La gestione di questa polizza è affidata a AON S.p.A., quale broker di assicurazione. Il Contraente, gli Assicurati, gli Associati/Aziende Associate e RBM Salute danno atto che tutti i rapporti inerenti all'esecuzione del contratto avvengono tramite il broker.

Sezione III

Capitolo 1 - ComfortSalute®



1) SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Se per infortunio o malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:

- un esperto per un consulto telefonico immediato
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, per infortunio o malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:

- la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie
- l'équipe medica, all'occorrenza, segnala all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari; l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione, anche per eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed eventualmente individuare le strutture più appropriate, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato **la documentazione clinica**.

c) Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2) SECOND OPINION

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza in Italia ed all'estero, complementare rispetto a una precedente valutazione medica.

3) CARD ELETTRONICA (RBM ASSICURAZIONE SALUTE – PREVIMEDICAL)

In caso di prestazioni non previste dal piano sanitario o di massimali esauriti, è a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al Network sanitario.

L'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati che aderiscono al circuito Card si trova sul sito www.previmedical.it o può essere chiesto per telefono alla Centrale Operativa.

La Card è nominativa e si può scaricare dall'app mobile.

4) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

È a disposizione il servizio "Segui la tua pratica", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l'invio di SMS**.

L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso.

Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso
- b) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso
- c) eventuale rifiuto della domanda di rimborso perché non indennizzabile.

5) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Sul sito internet www.rbmsalute.it

- **Area riservata – CDA. Visualizzare le CDA** (Area riservata – Condizioni di assicurazione, sezione “Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi”, inserendo le stesse credenziali di accesso dell’Area riservata sinistri).

Web (<http://webab.previmedical.it/arena-cassarbm/login.html#/>)

- **Area riservata – Sinistri.** Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:
 - Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso (“Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi”)
 - visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
 - ricercare le strutture convenzionate con il Network
 - consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

App mobile “Citrus”

Con l'app mobile “Citrus[®]”, è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa;
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche;
- pre-attivare le prestazioni in regime di assistenza diretta.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata, alla quale quindi occorre prima iscriversi.



Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli²¹:

Art. 9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Art. 10 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 11 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

Art. 12 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

Art. 14 - Forma delle comunicazioni

Art. 19 - Foro competente

Art. 26 - Esclusioni

Art. 27 - Persone non assicurabili

Art. 28 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

²¹ Art. 1341 del Codice civile.

Allegato 1: Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

OPZIONE PERSONALE DIPENDENTE/DOCENTE

| Opzione | Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie |
|---|--|
| A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE | |
| Massimale | Euro 160.000 |
| - Ricovero senza intervento (sub-massimale) | Euro 150.000 |
| Altri Familiari (con premi aggiuntivo) | € 30.000,00 (massimale separato e aggiuntivo a quello di € 160.000,00, ma entro il limite dei € 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento, di cui sopra) per ciascun anno assicurativo e per ciascuno dei familiari assicurati. |
| Ricovero con/senza intervento/ Day Hospital con/senza intervento/Intervento Ambulatoriale Condizioni: - diretta <input type="checkbox"/> Strutture ed Equipe ordinarie <input type="checkbox"/> Strutture e/o Equipe "TOP" (allegati 10 e 11) - rimborso <input type="checkbox"/> Strutture ed Equipe ordinarie <input type="checkbox"/> Strutture e/o Equipe "TOP" (allegati 10 e 11) - misto: <input type="checkbox"/> Strutture ordinaria diretta ed Equipe ordinarie a rimborso <input type="checkbox"/> Struttura "TOP" e/o Equipe "TOP" (allegati 10 e 11) | Day Hospital: se per la medesima patologia: massimo di 3 volte l'anno Scoperto 5% min. Euro 1.500 Scoperto 10% min. Euro 1.500 Scoperto 5% min Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo 15% min. Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo scoperto 5% min. Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo scoperto 15% min. Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo |
| Materiale intervento | scoperto 30% |
| Limite per gli interventi urologici effettuati con chirurgia robotica | € 5.000,00 per l'utilizzo del robot € 10.000,00 per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico. |
| Limite retta di degenza a rimborso | Euro 270 al giorno |
| Spese Pre/post - Con intervento - Senza intervento - Trattamenti fisioterapici domiciliari post intervento | Sub-massimale Euro 2.000 per evento 100/100 giorni 90/60 giorni 100/100 giorni – Franchigia € 20,00 ad accesso |
| Sub massimali (*) Parto Naturale Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti | Euro 1.300 Euro 3.000 |

| | | |
|--|----------|--|
| Correzione Miopia | | Euro 1.000 per occhio |
| Accompagnatore | | Euro 50 massimo 30gg |
| Trasporto malato | | Euro 1.600 |
| Indennità sostitutiva Ricovero con intervento Ricovero senza intervento Pre/post | | Euro 95 al giorno massimo 250gg Franchigia relativa 3 giorni Sub-massimale Euro 2.000 per evento – 30/30gg |
| Neonati | | fino a 1 anno Entro il limite massimo assoluto di Euro 30.000 |
| B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE | | |
| <u>1-Alta Specializzazione</u> | | |
| Massimale | | (da elenco) Euro 2.670 |
| Condizioni: | | |
| | diretta | Scoperto 15% min. Euro 50 |
| | rimborso | Scoperto 15% min. Euro 50 |
| Ticket | | fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo 100% |
| <u>2-Cure Ambulatoriali</u> | | |
| Massimale | | Euro 1.340 |
| Condizioni: | | |
| | diretta | Scoperto 20% min. Euro 60 |
| | rimborso | Scoperto 20% min. Euro 60 |
| Ticket | | fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo 100% |
| <u>3-Lenti/Occhiali</u> | | |
| Massimale | | Euro 100 |
| Condizioni: | | |
| | diretta | franchigia Euro 60 |
| | rimborso | franchigia Euro 60 fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo |
| C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE | | |
| <u>Prestazioni Fisioterapiche</u> | | |
| Massimale | | Sub-massimale € 300,00 condiviso con Alta specializzazione |
| Condizioni: | | |
| | diretta | Scoperto 15% min. Euro 50 |
| | rimborso | Scoperto 15% min. Euro 50 |
| | | fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo |
| | | Franchigia € 20,00 ad accesso |
| | | Franchigia € 25,00 ad accesso |
| Ticket | | 100% |
| D) CURA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE | | |
| <u>Cura delle malattie oncologiche</u> | | |
| Massimale | | Euro 2.670 condiviso con Alta specializzazione |
| Condizioni: | | |

| | | |
|---|---------------------|--|
| | diretta rimborso | Scoperto 15% min. Euro 50 Scoperto 15% min. Euro 50 fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo 100% |
| Ticket | | |
| E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE | | |
| <u>1- Cure dentarie da infortunio</u> | | |
| Massimale | | Euro 2.670 condiviso con Alta specializzazione |
| Condizioni: | | |
| | diretta rimborso | Scoperto 15% min. Euro 50 Scoperto 15% min. Euro 50 fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo 100% |
| Ticket | | |
| <u>2- Cure dentarie da malattia (solo per il titolare)</u> | | |
| Massimale | | Obbligo compilazione questionari Euro 1.500 |
| Condizioni: | | Franchigia fissa Euro 50 sul primo sinistro fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo |
| F) ALTRE GARANZIE | | |
| <u>1 Visite di controllo</u> | | |
| Massimale | | illimitato |
| Condizioni: | | |
| | diretta | 100% - 1 visita all'anno per il titolare (1 ulteriore visita all'anno per uno dei componenti del nucleo assicurato diverso dal titolare) |
| <u>2 Prevenzione Herpes Zoster</u> | | |
| Massimale | | illimitato |
| Condizioni: | | |
| | diretta | Franchigia € 36,15 |
| <u>3 Fecondazione Eterologa</u> | | |
| Massimale | | € 250,00 |
| Condizioni: | | |
| | diretta | 100% |
| | rimborso | 100% |
| <u>4 Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale</u> | | |
| Massimale | | condiviso con Alta Specializzazione |
| Condizioni: | | Vedi Alta Specializzazione |
| <u>5 Assistenza post-parto</u> | | |
| Massimale | | illimitato |
| Condizioni: | | |
| | diretta | 100% |
| <u>6 Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di Assicurati)</u> | | |
| Massimale | | € 1.000,00 |
| <u>7 Controllo pediatrico</u> | | |
| Massimale | | illimitato |
| Condizioni: | | |
| | diretta | Franchigia € 36,15 |
| ComfortSalute® | | previsto |

OPZIONE PERSONALE IN QUIESCENZA

| Opzione | Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie |
|--|---|
| A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE | |
| Massimale | Euro 160.000 |
| - Ricovero senza intervento (sub-massimale) | Euro 150.000 |
| Altri Familiari (con premi aggiuntivo) | € 30.000,00 (massimale separato e aggiuntivo a quello di € 160.000,00, ma entro il limite dei € 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento, di cui sopra) per ciascun anno assicurativo e per ciascuno dei familiari assicurati. |
| Ricovero con/senza intervento/ Day Hospital con/senza intervento/Intervento Ambulatoriale | Day Hospital: se per la medesima patologia: massimo di 3 volte l'anno |
| Condizioni: | |
| - diretta | |
| <input type="checkbox"/> Strutture ed Equipe ordinarie | Scoperto 5% min. Euro 1.500 |
| <input type="checkbox"/> Strutture e/o Equipe "TOP" (allegati 10 e 11) | Scoperto 10% min. Euro 1.500 |
| - rimborso | |
| <input type="checkbox"/> Strutture ed Equipe ordinarie | Scoperto 5% min Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo |
| <input type="checkbox"/> Strutture e/o Equipe "TOP" (allegati 10 e 11) | 15% min. Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo |
| - misto: | |
| <input type="checkbox"/> Strutture ordinaria diretta ed Equipe ordinarie a rimborso | scoperto 5% min. Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo |
| <input type="checkbox"/> Struttura "TOP" e/o Equipe "TOP" (allegati 10 e 11) | scoperto 15% min. Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo |
| Materiale intervento | scoperto 30% |
| Limite per gli interventi urologici effettuati con chirurgia robotica | € 5.000,00 per l'utilizzo del robot € 10.000,00 per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico. |
| Limite retta di degenza a rimborso | Euro 270 al giorno |
| Spese Pre/post | Sub-massimale Euro 2.000 per evento |
| - Con intervento | 100/100 giorni |
| - Senza intervento | 90/60 giorni |
| -Trattamenti fisioterapici domiciliari post intervento | 100/100 giorni – Franchigia € 20,00 ad accesso |
| Sub massimali (*) | |
| Parto Naturale | Euro 1.300 |
| Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti | Euro 3.000 |
| Correzione Miopia | Euro 1.000 per occhio |
| Accompagnatore | Euro 50 massimo 30gg |
| Trasporto malato | Euro 1.600 |
| Indennità sostitutiva | |

| | | |
|---|----------|--|
| Ricovero con intervento Ricovero senza intervento Pre/post | | Euro 95 al giorno massimo 250gg Franchigia relativa 3 giorni Sub-massimale Euro 2.000 per evento – 30/30gg |
| Neonati | | fino a 1 anno Entro il limite massimo assoluto di Euro 30.000 |
| B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE | | |
| <u>1-Alta Specializzazione</u> | | |
| Massimale | | (da elenco) Euro 2.670 |
| Condizioni: | | |
| | diretta | Scoperto 15% min. Euro 50 |
| | rimborso | Scoperto 15% min. Euro 50 |
| Ticket | | fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo 100% |
| <u>2-Cure Ambulatoriali</u> | | |
| Massimale | | Euro 1.340 |
| Condizioni: | | |
| | diretta | Scoperto 20% min. Euro 60 |
| | rimborso | Scoperto 20% min. Euro 60 |
| Ticket | | fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo 100% |
| <u>3-Lenti/Occhiali</u> | | |
| Massimale | | Euro 100 |
| Condizioni: | | |
| | diretta | franchigia Euro 60 |
| | rimborso | franchigia Euro 60 fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo |
| C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE | | |
| <u>Prestazioni Fisioterapiche</u> | | |
| Massimale | | Sub-massimale € 300,00 condiviso con Alta specializzazione |
| Condizioni: | | |
| | diretta | Scoperto 15% min. Euro 50 |
| | rimborso | Scoperto 15% min. Euro 50 |
| | | fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo |
| -Trattamenti fisioterapici domiciliari a seguito di infortunio (solo diretta) | | Franchigia € 20,00 ad accesso |
| -Trattamenti fisioterapici domiciliari a seguito di malattia (solo diretta) | | Franchigia € 25,00 ad accesso |
| Ticket | | 100% |
| D) CURA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE | | |
| <u>Cura delle malattie oncologiche</u> | | |
| Massimale | | Euro 2.670 condiviso con Alta specializzazione |
| Condizioni: | | |
| | diretta | Scoperto 15% min. Euro 50 |
| | rimborso | Scoperto 15% min. Euro 50 |
| Ticket | | fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo 100% |

| E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE | |
|--|--|
| <u>1- Cure dentarie da infortunio</u> Massimale Condizioni: diretta rimborso Ticket | Euro 2.670 condiviso con Alta specializzazione Scoperto 15% min. Euro 50 Scoperto 15% min. Euro 50 fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo 100% |
| F) ALTRE GARANZIE | |
| <u>1 Visite di controllo</u> Massimale Condizioni: diretta | illimitato 100% - 1 visita all'anno per il titolare (1 ulteriore visita all'anno per uno dei componenti del nucleo assicurato diverso dal titolare) |
| <u>2 Prevenzione Herpes Zoster</u> Massimale Condizioni: diretta | illimitato Franchigia € 36,15 |
| <u>3 Fecondazione Eterologa</u> Massimale Condizioni: diretta rimborso | € 250,00 100% 100% |
| <u>4 Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale</u> Massimale Condizioni | condiviso con Alta Specializzazione Vedi Alta Specializzazione |
| <u>5 Assistenza post-parto</u> Massimale Condizioni: diretta | illimitato 100% |
| <u>6 Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di Assicurati)</u> Massimale | € 1.000,00 |
| <u>7 Controllo pediatrico</u> Massimale Condizioni: diretta | illimitato Franchigia € 36,15 |
| ComfortSalute® | previsto |

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento"

ALLEGATO N. 2 – QUESTIONARIO PER CURE DENTARIE DA MALATTIA

NOME / COGNOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

VIA/PIAZZA: _____ N. _____ CAP: _____

LOCALITA': _____ PROV: _____ TEL: _____

Attualmente è in trattamento medico: SI NO

Se si, per quale motivo: _____

Ha attualmente o ha avuto gravi malattie(es. Diabete)? SI NO

Se si, quale? _____

Assume regolarmente farmaci: SI NO

Se SI indicare il nome del farmaco: _____

Motivo: _____

Soffre di allergia: SI NO

Se SI indicare quale: _____

Accusa di frequente dolori alla testa o al volto: SI NO

Prova dolore aprendo e chiudendo la bocca masticando: SI NO

Per paziente di sesso femminile:

E' in stato di gravidanza: SI NO NON SO

Se SI, indicare a quale mese: _____

Prende la pillola anticoncezionale: SI NO

| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

ORTODONZIA:

ALTRO:

N.B. Specificare lo stato di usura dei manufatti protesici esistenti:

buono |__| sufficiente |__| insufficiente |__|

Data _____

Eseguito dal Dott. /Prof. _____

(firma e timbro)

ALLEGATO 3

INFORMATIVA IN MATERIA DI RACCOLTA E UTILIZZO DEI DATI PERSONALI RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Rev.3 del 07/02/2019

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti, riferiti sia a Lei che eventualmente ad altri Assicurati, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta il RBM Assicurazione Salute S.p.A. (di seguito "RBM").

1 Finalità del trattamento

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali, anche sensibili¹, che riguardano Lei e/o gli altri Assicurati, al fine di fornire i servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Con riferimento a tali dati personali, si specifica che:

- alcuni (es. nome, cognome, indirizzo, codice fiscale) dovranno essere necessariamente forniti per dare esecuzione agli eventuali contratti assicurativi di cui Lei sia parte o a misure precontrattuali adottate su Sua richiesta;
- alcuni dovranno essere forniti per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione degli eventuali contratti assicurativi di cui Lei sia parte²;
- alcuni potranno essere forniti, anche tramite dispositivi elettronici (smart-IOT), per poter usufruire dei diversi servizi connessi ai contratti assicurativi;
- alcuni Le verranno richiesti ma il loro rilascio, sempre connesso con la finalità di esecuzione di eventuali contratti assicurativi, sarà facoltativo (es. indirizzo di posta elettronica), per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra Lei ed RBM.

Registrandosi all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricando le nostre App per dispositivi mobili (*FeeeUp* e *Citrus*) tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro sito Internet o direttamente tramite le App dal suo smartphone, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente alle App, tramite notifiche push, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati (i cosiddetti dati sensibili, dati idonei a rivelare le sue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del nostro sito, o tramite l'App utilizzando la fotocamera dello smartphone) per dare corso alle prestazioni previste dalla sua polizza e per fornirle i servizi richiesti, nonché per adempimenti normativi. Il conferimento di questi dati è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

¹ Per dati "sensibili" si intendono i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona, che il GDPR indica all'Art. 9 come "categorie particolari di dati personali".

² Ad esempio per disposizioni dell'IVASS e del Garante Privacy o per adempimenti in materia di accertamenti fiscali.

2 Modalità di trattamento e conservazione

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti³, sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, in maniera da garantire un adeguato livello di sicurezza, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo.

I dati sono trattati in Italia; eventualmente, ove necessario, potranno essere comunicati, per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della Unione Europea, nel rispetto della normativa relativa alla protezione dei dati personali, ad altri soggetti con funzioni di natura tecnica organizzativa e operativa che fanno parte della c.d. catena assicurativa⁴. Tali soggetti tratteranno i dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in qualità di autonomi Titolari.

I dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattarli, in qualità di Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

I dati personali vengono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento, e non sono soggetti a diffusione.

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

3 Diritti dell'interessato

Titolare del trattamento è RBM Assicurazione Salute S.p.A. Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

- a. accesso ai dati personali;
- b. rettifica dei propri dati personali (provvederemo, su Sua segnalazione, alla correzione di Suoi dati non corretti anche divenuti tali in quanto non aggiornati);
- c. revoca del consenso;
- d. cancellazione dei dati (diritto all'oblio) (ad esempio, in caso di revoca del consenso, se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento);
- e. limitazione del trattamento;
- f. opposizione al trattamento per motivi legittimi;
- g. portabilità dei dati (su Sua richiesta, i dati saranno trasmessi al soggetto da Lei indicato in formato che renda agevole la loro consultazione ed utilizzo);
- h. proposizione reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'Ufficio Privacy presso la sede di RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

4 Titolare e Responsabile della Protezione dei Dati

RBM Assicurazione Salute S.p.A., con sede in via Forlanini n. 24 - 31022 Loc. Borgo Verde di Preganziol (TV), è il titolare del trattamento al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR scrivendo a privacy@rbmsalute.it / rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

Il Responsabile della protezione dei dati (RDP-DPO) è contattabile all'indirizzo privacy@rbmsalute.it.

³ Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

⁴ Si tratta, in particolare, di agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la nostra società ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni).

Allegato n. 4

LIVELLI DI INDENNIZZO APPLICATI AI TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI

| DESCRIZIONE | IMPORTO |
|---|---------|
| Riabilitazione | |
| Rieducazione cardiopatici (a seduta) | € 11,34 |
| Rieducazione neuromotoria (a seduta) | € 11,34 |
| Fisioterapia (terapia con mezzi fisici) | |
| Diatermia onde corte/microonde (marconi o radarterapia) | € 6,48 |
| Elettroterapia antalgica (diadinamiche o TENS) | € 5,67 |
| Elettroterapia di muscoli normo o denervati (Elettrostimolazioni, faradica, galvanica, idrogalvanica, interferenziale) | € 5,67 |
| HILT Terapia | € 8,10 |
| Irradiazione infrarossa | € 5,67 |
| Ionoforesi | € 5,67 |
| Ipertermia segmentaria | € 7,29 |
| Laserterapia antalgica | € 9,72 |
| Magnetoterapia | € 8,10 |
| Onde d'urto - Trattamenti ambulatoriali per tessuti molli, senza anestetici, omnicomprensivi dei compensi professionali, uso della struttura sanitaria ed eventuali materiali e medicinali: a seduta (massimo rimborsabile 10 sedute l'anno) | € 40,50 |
| Onde d'urto - Trattamenti ambulatoriali per tessuti osteo-articolari, senza anestetici, omnicomprensivi dei compensi professionali, uso della struttura sanitaria ed eventuali materiali e medicinali: a seduta (massimo rimborsabile 10 sedute l'anno) | € 48,60 |
| Pressoterapia o presso - depressoterapia intermittente | € 7,29 |
| Tecarterapia | € 8,10 |
| Terapia a Luce ultravioletta o applicazione PUVA | € 5,67 |
| Ultrasonoterapia | € 5,67 |
| Kinesiterapia (terapia di movimento) | |
| Esercizi assistiti in acqua | € 9,72 |
| Esercizi con attrezzature per isocinetica | € 10,53 |
| Esercizi posturali | € 5,67 |
| Rieducazione motoria | € 6,48 |
| Massoterapia | € 5,67 |
| Mobilizzazioni articolari | € 6,48 |
| Mobilizzazioni vertebrali | € 7,29 |
| Terapia occupazionale | € 9,72 |
| Trazioni vertebrali meccaniche | € 6,48 |

ALLEGATO 5

PRESTAZIONI MISTE

LIVELLI DI INDENNIZZO APPLICATI ALLE EQUIPE NON CONVENZIONATE

| Descrizione prestazione | Importo convenzionato |
|-------------------------|-----------------------|
|-------------------------|-----------------------|

Nel caso di più interventi chirurgici, non collegati tra loro, ed effettuati nella stessa seduta operatoria, sarà riconosciuto il rimborso secondo i livelli di indennizzo riportati nel presente allegato, per l'intervento principale, mentre gli eventuali altri interventi verranno riconosciuti sino al 50% della cifra indicata nei livelli di indennizzo riportati nel presente allegato. Nel caso che gli interventi siano di integrazione o supporto all'intervento principale, il rimborso sarà riconosciuto solo per quest'ultimo.

| <u>Interventi chirurgici cardiocirurgia e chirurgia vascolare</u> | |
|--|----------|
| Bypass aorto coronarici multipli | 3.136,50 |
| Bypass aorto coronarico singolo | 2.638,49 |
| Cardiocirurgia a cuore aperto, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti | 3.136,50 |
| Cardiocirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) - interventi di, salvo gli interventi descritti | 2.472,48 |
| Cisti del cuore o del pericardio | 1.842,12 |
| Commissurotomia per stenosi mitralica | 1.991,30 |
| Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso | 1.327,28 |
| Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento | 365,67 |
| Embolectomia con Fogarty | 448,29 |
| Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per | 1.809,23 |
| Fistole arterovenose del polmone, interventi per | 2.324,07 |
| Massaggio cardiaco interno | 149,94 |
| Pericardiectomia parziale | 1.493,28 |
| Pericardiectomia totale | 1.991,30 |
| Pericardiocentesi | 266,22 |
| Reintervento con ripristino di C.E.C. | 1.791,63 |
| Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo | 1.975,23 |
| Sostituzione valvolare singola (C.E.C.) | 2.804,49 |
| Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.) | 3.948,93 |
| Trapianto cardiaco | 9.956,48 |
| Valvuloplastica cardiaca | 2.638,49 |
| Correzione percutanea di malformazioni vascolari (trattamento completo) | 1.530,00 |

| <u>Interventi chirurgici cardiologia interventistica</u> | |
|--|----------|
| Ablazione trans catetere | 1.194,93 |
| Angioplastica coronarica singola | 1.559,84 |
| Angioplastica coronarica multipla | 1.825,29 |
| Applicazione di Stent intracoronarico a completamento di angioplastica | 249,39 |
| Seconda applicazione di Stent sulla stessa arteria | 116,28 |
| Biopsia endomiocardica destra | 398,57 |
| Biopsia endomiocardica sinistra | 481,19 |

| | |
|---|----------|
| Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e Gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra | 1.194,93 |
| Controllo elettronico del pace maker impiantato (compresa consulenza ingegnere) | 90,27 |
| Coronarografia + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro | 896,58 |
| Coronarografia circolo nativo + studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro | 1.112,31 |
| Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell' eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateri e programmazione elettronica del pace maker | 1.493,28 |
| Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento) | 448,29 |
| Riprogrammazione elettronica del pace maker con misurazione soglia cardiaca con metodo non invasivo | 90,27 |
| Sostituzione generatore pace maker definitivo | 298,35 |
| Stand by cardochirurgico | 598,23 |
| Studio elettrofisiologico endocavitario | 548,51 |

| Interventi chirurgici chirurgia della mammella | |
|--|----------|
| Ascesso mammario, incisione di | 282,29 |
| Mastectomia per ginecomastia maschile mammelle bilaterali | 1.513,17 |
| Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate | 2.190,20 |
| Mastectomia semplice | 1.261,49 |
| Mastectomia con linfadenectomia | 1.615,68 |
| Mastectomia sottocutanea | 1.327,28 |
| Mastectomia (qualsiasi tecnica con resezione del linfonodo sentinella o linfadenectomie associate) | 1.958,40 |
| Neoplasie e/o cisti benigne, asportazione di | 717,57 |
| Posizionamento punto di reperi per noduli non palpabili | 74,97 |
| Quadrantectomia con linfadenectomie associate | 1.791,63 |
| Quadrantectomia senza linfadenectomie associate | 1.513,17 |

| Interventi chirurgici chirurgia della mano | |
|---|----------|
| Aponeurectomia, morbo di Dupuytren | 1.044,99 |
| Artrodesi carpale | 996,03 |
| Artrodesi metacarpo-falangea e/o interfalangea | 746,64 |
| Artroplastica | 996,03 |
| Artroprotesi carpale | 1.991,30 |
| Artroprotesi metacarpo-falangea e/o interfalangea | 1.327,28 |
| Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento | 664,02 |
| Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento incruento | 149,94 |
| Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento | 1.044,99 |
| Fratture e lussazioni del polso, trattamento incruento | 249,39 |
| Lesioni tendinee, intervento per | 746,64 |
| Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per | 813,20 |
| Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di De Quervain, tenosinoviti | 598,23 |
| Osteotomie (come unico intervento) | 746,64 |
| Pseudoartrosi delle ossa lunghe | 664,02 |
| Pseudoartrosi dello scafoide carpale | 813,20 |
| Retrazioni ischemiche | 1.327,28 |
| Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia | 2.987,33 |
| Rigidità delle dita | 664,02 |
| Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento) | 2.987,33 |

| | |
|---|----------|
| Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.) | 746,64 |
| Sinovialectomia (come unico intervento) | 664,02 |
| Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale | 2.987,33 |

| Interventi chirurgici chirurgia generale - piccoli interventi – varie | |
|---|--------|
| Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso (*) | 149,94 |
| Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti (*) | 45,90 |
| Ascesso o flemmone diffuso, incisione di (*) | 214,20 |
| Ascesso o flemmone sottoaponeurotico, incisione di | 249,39 |
| Ascesso o flemmone superficiale, incisione di (*) | 91,80 |
| Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti (*) | 61,20 |
| Cisti sinoviale, asportazione radicale di | 249,39 |
| Corpo estraneo profondo extracavitario, estrazione di (*) | 249,39 |
| Corpo estraneo superficiale, estrazione di (*) | 61,20 |
| Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del | 182,07 |
| Ematoma superficiale, svuotamento di (*) | 61,20 |
| Ematomi profondi extracavitari, svuotamento di (*) | 183,60 |
| Espianto di catetere peritoneale (*) | 61,20 |
| Ferita profonda della faccia, sutura di | 149,94 |
| Ferita profonda, sutura di | 91,80 |
| Ferita superficiale della faccia, sutura di (*) | 91,80 |
| Ferita superficiale, sutura di (*) | 61,20 |
| Fistola artero-venosa periferica, preparazione di | 249,39 |
| Impianto chirurgico di catetere peritoneale | 298,35 |
| Medicazione ambulatoriale di ferita chirurgica (*) | 30,60 |
| Patereccio superficiale, intervento per (*) | 91,80 |
| Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)(*) | 215,73 |
| Tumore profondo extracavitario, asportazione di | 448,29 |
| Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di | 166,77 |
| Tumore superficiale o sottocutaneo benigno o cisti tronco/arti, asportazione di (*) | 153,00 |
| Unghia incarnita, asportazione di (*) | 91,80 |
| Unghia incarnita, cura radicale di (*) | 153,00 |
| Cisti pilonidale, asportazione di | 367,20 |
| Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali non viene riconosciuta l'applicazione della tariffa di sala operatoria. | |

| Interventi chirurgici chirurgia generale – collo | |
|--|----------|
| Ascessi, favi, flemmoni, incisione e drenaggio di | 282,29 |
| Biopsia prescalenica | 149,94 |
| Cisti o fistola congenita, asportazione di | 548,51 |
| Fistola esofago-tracheale, intervento per | 1.493,28 |
| Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplasie benigne | 746,64 |
| Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni di | 996,03 |
| Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento) | 996,03 |
| Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento) | 1.327,28 |
| Linfoadenectomia sopraclaveare | 664,02 |
| Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico | 298,35 |

| | |
|--|----------|
| Paratiroidi-trattamento completo, intervento sulle | 1.493,28 |
| Paratiroidi, re interventi | 1.660,05 |
| Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari | 746,64 |
| Tiroide, lobectomie | 996,03 |
| Tiroide, re intervento | 1.493,28 |
| Tiroidectomia per gozzo immerso con trattamento per via cervicale (+/- split sternale) | 1.261,49 |
| Tiroidectomia per gozzo intratoracico con trattamento per via sternotomica o toracotomia | 1.493,28 |
| Tiroidectomia subtotale | 1.161,27 |
| Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale | 1.825,29 |
| Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale | 2.157,30 |
| Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale | 1.660,05 |
| Tracheostomia, chiusura e plastica | 365,67 |
| Tracheotomia con tracheostomia d'urgenza | 448,29 |
| Tracheotomia con tracheostomia di elezione | 298,35 |
| Tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo, intervento per ferite del | 996,03 |
| Tumore maligno del collo, asportazione di | 996,03 |

| <u>Interventi chirurgici chirurgia generale – esofago</u> | |
|--|----------|
| Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per | 1.161,27 |
| Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per | 1.327,28 |
| Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia | 2.324,07 |
| Esofagite, ulcera esofagea, intervento per | 1.660,05 |
| Esofago cervicale, resezione dell' | 1.660,05 |
| Esofago, resezione parziale dell' | 1.709,01 |
| Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia | 2.324,07 |
| Esofagogastroduodenoscopia operativa | 498,02 |
| Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica- esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa) | 1.660,05 |
| Esofagostomia | 746,64 |
| Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica | 1.161,27 |
| Megaesofago, intervento per | 1.660,05 |
| Megaesofago, reintervento per | 1.825,29 |
| Protesi endo-esofagee, collocazione di | 780,30 |
| Sondaggio esofageo per dilatazione graduale (ciclo completo) | 332,01 |
| Stenosi benigne dell' esofago, interventi per | 1.327,28 |
| Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser | 498,02 |
| Varici esofagee, sclero terapia endoscopica | 498,02 |
| Varici esofagee: emostasi con sonda tamponante | 298,35 |
| Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale | 1.327,28 |

| <u>Interventi chirurgici chirurgia generale - stomaco – duodeno</u> | |
|--|----------|
| Dumping syndrome, interventi di riconversione per | 1.493,28 |
| Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso) | 1.161,27 |
| Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per | 2.157,30 |
| Gastrectomia totale con linfadenectomia | 2.489,31 |
| Gastrectomia totale per patologia totale | 1.825,29 |
| Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili | 1.161,27 |
| Gastrostomia | 830,79 |
| Piloroplastica (come unico intervento) | 1.161,27 |
| Resezione gastro duodenale | 1.660,05 |

| | |
|--|----------|
| Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica | 1.991,30 |
| Vagotomia selettiva, tronculare con piloro plastica | 1.377,77 |
| Vagotomia superselettiva | 1.493,28 |

| Interventi chirurgici chirurgia generale - intestino digiuno - ileo - colon - retto - ano | |
|--|----------|
| Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità | 1.261,49 |
| Appendicectomia con peritonite diffusa | 1.112,31 |
| Appendicectomia semplice a freddo | 830,79 |
| Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per | 780,30 |
| Ascesso perianale, intervento per | 664,02 |
| By-pass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne | 1.825,29 |
| By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica | 1.327,28 |
| Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per | 696,92 |
| Colectomia segmentaria | 1.377,77 |
| Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia | 1.660,05 |
| Colectomia totale | 1.825,29 |
| Colectomia totale con linfadenectomia | 1.908,68 |
| Colotomia con colorrafia (come unico intervento) | 996,03 |
| Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento) | 664,02 |
| Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento) | 996,03 |
| Corpi estranei del retto, estrazione per via naturale semplice di | 90,27 |
| Corpi estranei del retto, estrazione per via addominale di | 1.044,99 |
| Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di | 548,51 |
| Digiunostomia (come unico intervento) | 780,30 |
| Diverticolo di Meckel, resezione di | 780,30 |
| Duodeno digiunostomia (come unico intervento) | 780,30 |
| Emicolectomia destra con linfadenectomia | 1.592,73 |
| Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia | 1.825,29 |
| Emorroidi interne, iniezione sclerosanti delle (a seduta) | 45,14 |
| Emorroidi e/o ragadi intervento radicale (qualsiasi tecnica) | 795,60 |
| Enterostomia (come unico intervento) | 896,58 |
| Fistola anale extrasfinterica | 783,36 |
| Fistola anale intrasfinterica | 548,51 |
| Fistole anali, laserchirurgia per trattamento (completo) | 481,19 |
| Hartmann, intervento | 1.809,23 |
| Ileostomia (come unico intervento) | 846,09 |
| Incontinenza anale, intervento per | 1.194,93 |
| Intestino, resezione dell' | 1.377,77 |
| Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per | 1.377,77 |
| Megacolon, intervento per | 2.389,86 |
| Megacolon: colostomia | 746,64 |
| Mikulicz, estrinsecazione secondo | 780,30 |
| Pan-colonscopia operativa | 498,02 |
| Polipectomia per via laparotomia | 780,30 |
| Polipo rettale, asportazione di | 448,29 |
| Procto-colectomia totale con pouch ileale | 2.307,24 |
| Prolasso rettale, intervento transanale per | 780,30 |
| Prolasso rettale, per via addominale, intervento per | 1.161,27 |
| Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia | 2.157,30 |
| Retto, amputazione del, per neoplasia dell' ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale | 2.324,07 |
| Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del | 2.239,92 |

| | |
|---|----------|
| Sfinterotomia (come unico intervento) | 293,76 |
| Sigma, miotomia del | 1.261,49 |
| Tumore del retto, asportazione per via sacrale di | 1.327,28 |
| Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per | 1.377,77 |

| Interventi chirurgici chirurgia generale - parete addominale | |
|---|----------|
| Cisti, ematomi, ascessi, neoplasia benigna, flemmoni parete addominale | 266,22 |
| Diastasi dei retti, intervento per (come unico intervento) | 830,79 |
| Ernia crurale recidiva | 830,79 |
| Ernia crurale semplice | 780,30 |
| Ernia crurale strozzata | 830,79 |
| Ernia diaframmatica | 1.327,28 |
| Ernia epigastrica | 780,30 |
| Ernia epigastrica strozzata o recidiva | 896,58 |
| Ernia inguinale con ectopia testicolare | 846,09 |
| Ernia inguinale recidiva | 846,09 |
| Ernia inguinale semplice | 780,30 |
| Ernia inguinale strozzata | 846,09 |
| Ernia inguinale bilaterale | 996,03 |
| Ernia ombelicale | 780,30 |
| Ernia ombelicale recidiva | 846,09 |
| Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale) | 1.161,27 |
| Laparocele, intervento per | 1.161,27 |
| Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento) | 896,58 |
| Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento) | 1.327,28 |
| Puntura esplorativa addominale | 90,27 |
| Tumore maligno della parete addominale, asportazione di | 846,09 |

| n Interventi chirurgici chirurgia generale – peritoneo | |
|--|----------|
| Ascesso del Douglas, drenaggio | 896,58 |
| Ascesso sub-frenico, drenaggio | 996,03 |
| Laparoscopia esplorativa/diagnostica | 298,35 |
| Laparoscopia operativa | 598,23 |
| Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi | 1.825,29 |
| Laparotomia con resezione intestinale | 1.858,95 |
| Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili | 996,03 |
| Laparotomia per contusioni e ferite dell'addome senza lesioni di organi interni | 1.261,49 |
| Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedono exeresi | 1.991,30 |
| Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura | 1.559,84 |
| Laparotomia per peritonite diffusa | 1.178,87 |
| Laparotomia per peritonite saccata | 1.078,65 |
| Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze) | 714,51 |
| Lavaggio peritoneale diagnostico | 149,94 |
| Occlusione intestinale con resezione | 1.660,05 |
| Occlusione intestinale senza resezione | 1.493,28 |
| Paracentesi | 116,28 |
| Tumore retroperitoneale, exeresi di | 1.559,84 |

| Interventi chirurgici chirurgia generale - fegato e vie biliari | |
|--|----------|
| Agobiopsia/ago aspirato | 149,94 |
| Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava | 2.307,24 |
| Biopsia epatica con laparotomia (come unico intervento) | 598,23 |

| | |
|---|----------|
| Calcolosi intraepatica, intervento per | 1.493,28 |
| Cisti da echinococco multiple, pericistectomia | 1.660,05 |
| Cisti da echinococco, ascessi epatici | 1.327,28 |
| Colecistectomia | 1.360,94 |
| Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia | 1.493,28 |
| Colecistostomia per neoplasie non resecabili | 1.161,27 |
| Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia | 1.925,51 |
| Coledoco-epatico duodenostomia con o senza colecistectomia | 1.709,01 |
| Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia | 2.041,79 |
| Coledoctomia e coledocolicotomia (come unico intervento) | 1.559,84 |
| Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia | 996,03 |
| Deconnessione azygos-portale per via addominale | 1.825,29 |
| Drenaggio bilio digestivo intraepatico | 1.493,28 |
| Incannulazione dell' arteria epatica per perfusione antitumorale | 498,02 |
| Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed Accessoria (trattamento completo) | 1.327,28 |
| Papilla di Vater, exeresi | 1.493,28 |
| Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento) | 1.660,05 |
| Papillotomia, per via endoscopica | 996,03 |
| Resezioni epatiche maggiori | 2.157,30 |
| Resezioni epatiche minori | 1.493,28 |
| Trapianto di fegato | 9.956,48 |
| Vie biliari, interventi palliativi | 1.493,28 |
| Asportazione endoscopica litiasi biliare | 996,03 |
| Vie biliari, re interventi | 1.493,28 |

Interventi chirurgici chirurgia generale - pancreas – milza

| | |
|---|----------|
| Agobiopsia/agoaspirato pancreas | 149,94 |
| Ascessi pancreatici, drenaggio di | 696,92 |
| Biopsia con laparotomia (come unico intervento) | 598,23 |
| Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento) | 1.327,28 |
| Derivazione pancreatico-Wirsung digestive | 1.592,73 |
| Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia | 2.324,07 |
| Fistola pancreatica, intervento per | 1.709,01 |
| Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche) | 1.660,05 |
| Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per | 1.891,85 |
| Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia | 1.825,29 |
| Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia) | 2.290,41 |
| Pancreatite acuta, interventi conservativi | 1.327,28 |
| Pancreatite acuta, interventi demolitivi | 2.157,30 |
| Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per | 1.493,28 |
| Splenectomia | 1.493,28 |
| Trapianto di pancreas | 9.956,48 |

Interventi chirurgici chirurgia oro-maxillo-facciale

| | |
|--|----------|
| Calcolo salivare, asportazione di | 365,67 |
| Cisti del mascellare e della mandibola, operazione per | 734,40 |
| Cisti, mucose, piccole neoplasie benigne: della lingua o delle guance o del labbro o del pavimento orale (asportazione di) | 298,35 |
| Condilectomia (come unico intervento) | 598,23 |
| Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell' articolazione temporo-mandibolare monolaterale | 996,03 |
| Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell' articolazione temporo mandibolare bilaterale | 1.660,05 |

| | |
|---|----------|
| Corpi estranei profondi di tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di | 481,19 |
| Corpi estranei superficiali dei tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di | 182,07 |
| Correzione di esiti di labioschisi | 896,58 |
| Correzione di naso da labioschisi | 1.078,65 |
| Epulidi, asportazione di (con resezione del bordo alveolare) | 514,85 |
| Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata) | 182,07 |
| Fistola del dotto di Stenone, intervento per | 514,85 |
| Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle | 714,51 |
| Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleoresezione di | 996,03 |
| Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del | 598,23 |
| Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della | 2.688,21 |
| Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di | 1.178,87 |
| Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle | 996,03 |
| Fratture mandibolari, riduzione con ferule | 481,19 |
| Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore | 215,73 |
| Labioalveoloschisi monolaterale | 1.044,99 |
| Labioalveoloschisi bilaterale | 1.493,28 |
| Labioschisi (semplice) monolaterale | 746,64 |
| Labioschisi bilaterale | 1.327,28 |
| Linfoangioma cistico del collo, intervento per | 996,03 |
| Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare | 1.493,28 |
| Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare | 996,03 |
| Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento laterocervicale funzionale o radicale | 2.489,31 |
| Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia | 548,51 |
| Lussazione mandibolare, lussazione menisco monolaterale terapia chirurgica | 746,64 |
| Artroscopia, artrocentesi temporo-mandibolare | 306,00 |
| Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, lateroderivazioni mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo) | 3.501,41 |
| Mandibola, resezione parziale per neoplasia della | 1.577,43 |
| Mascellare superiore per neoplasie, resezione del | 1.577,43 |
| Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario | 1.825,29 |
| Meniscectomia dell' articolazione temporo-mandibolare (come unico intervento) | 780,30 |
| Neoformazioni endosseie di grandi dimensioni, exeresi di | 780,30 |
| Neoformazioni endosseie di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, tours palatino e mandibolare), exeresi di | 598,23 |
| Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di | 1.410,66 |
| Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di | 896,58 |
| Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di | 149,94 |
| Palatoschisi parziale | 1.044,99 |
| Palatoschisi totale | 1.327,28 |
| Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per | 1.493,28 |
| Paralisi statica del nervo facciale, plastica per | 1.044,99 |
| Parotidectomia superficiale | 1.327,28 |
| Parotidectomia totale | 1.592,73 |
| Plastica di fistola palatina | 780,30 |
| Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali | 448,29 |

| | |
|---|----------|
| Ranula, asportazione di | 365,67 |
| Ricostruzione con innesti ossei dei mascellari | 1.377,77 |
| Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari | 1.327,28 |
| Scappucciamento osteomucoso dente semincluso | 90,27 |
| Seno mascellare, apertura per processo alveolare | 381,74 |
| Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di | 996,03 |
| Valutazione elettrognatomiografica delle A.T.M. | 332,01 |

| Interventi chirurgici chirurgia plastica ricostruttiva | |
|--|----------|
| Allestimento lembo peduncolato | 730,58 |
| Angiomi del viso grandi dimensioni (più di 4 cm). Con tecnica tradizionale, per tempo chirurgico (escluso espansore) | 830,79 |
| Angiomi del viso grandi dimensioni (più di 4 cm). Con laser, (trattamento totale) | 530,91 |
| Angiomi del viso piccole dimensioni (meno di 4 cm) Con tecnica tradizionale, per tempo chirurgico | 763,47 |
| Angiomi del viso piccole dimensioni (meno di 4 cm) Con laser, (trattamento totale) | 464,36 |
| Angiomi del tronco e arti grandi dimensioni (più di 7 cm) Con tecnica tradizionale, per tempo chirurgico (escluso espansore) | 763,47 |
| Angiomi del tronco e arti grandi dimensioni (più di 7 cm) Con laser, (trattamento totale) | 530,91 |
| Angiomi del tronco e arti piccole/medie dimensioni (meno di 7 cm). Con tecnica tradizionale, per tempo chirurgico | 664,02 |
| Angiomi del tronco e arti piccole/medie dimensioni (meno di 7 cm). Con laser, (trattamento totale) | 464,36 |
| Cheloidi piccole dimensioni asportazione di: Con tecnica tradizionale, per tempo chirurgico | 266,22 |
| Cheloidi piccole dimensioni asportazione di: Con laser, (trattamento totale) | 464,36 |
| Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di: Con tecnica tradizionale, per tempo chirurgico | 498,02 |
| Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di Con laser, (trattamento totale) | 530,91 |
| Cicatrici del tronco o degli arti di grandi dimensioni, correzione di: Per tempo chirurgico (escluso espansore) | 664,02 |
| Cicatrici del viso di grandi dimensioni, correzione di: Per tempo chirurgico | 664,02 |
| Ginecomastia monolaterale | 830,79 |
| Ginecomastia bilaterale | 1.327,28 |
| Iniezione intracheloidea | 33,66 |
| Iniezione compositi | 598,23 |
| Innesto dermo epidermico adiposo o cutaneo libero o di mucosa | 498,02 |
| Innesto di fascia lata | 498,02 |
| Innesto di nervo o di tendine | 1.327,28 |
| Innesto osseo o cartilagineo | 830,79 |
| Intervento di push-back e faringoplastica | 1.161,27 |
| Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva | 996,03 |
| Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per | 664,02 |
| Malformazione semplice delle mani e dei piedi (sindattilia, polidattilia) | 996,03 |
| Malformazioni complesse delle mani e dei piedi (trattamento completo) | 1.493,28 |
| Modellamento di lembo in situ | 498,02 |
| Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del | 830,79 |
| Plastica V/Y, Y/V | 498,02 |
| Plastica a «Z» del volto | 598,23 |
| Plastica a «Z» in altra sede | 498,02 |
| Retrazione cicatriziale delle dita con innesto | 996,03 |
| Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto | 664,02 |

| | |
|--|----------|
| Ricostruzione mammaria post-mastectomia radicale (per tempo chirurgico) | 1.592,73 |
| Ricostruzione mammaria post-mastectomia semplice totale | 1.274,49 |
| Ricostruzione mammaria post-mastectomia sottocutanea | 1.194,93 |
| Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni | 996,03 |
| Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni | 830,79 |
| Riparazione di P.S.C. con lembo fascio cutaneo | 996,03 |
| Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo | 1.327,28 |
| Riparazione di P.S.C. o esiti ciatriziali mediante espansore tissutale per tempo chirurgico, (escluso espansore) | 830,79 |
| Toilette di ustioni di grandi estensioni (prestazione ambulatoriale) | 99,45 |
| Toilette di ustioni di piccole estensioni (prestazione ambulatoriale) | 50,49 |
| Trasferimento di lembo libero micro vascolare | 1.759,50 |
| Trasferimento di lembo libero peduncolato | 664,02 |
| Tumori maligni profondi del viso, intervento per | 332,01 |
| Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per | 266,22 |

Interventi chirurgici chirurgia toraco-polmonare

| | |
|---|----------|
| Agobiopsia Tc guidata | 249,39 |
| Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa | 88,74 |
| Ascessi, interventi per | 996,03 |
| Bilobectomie, intervento di | 1.991,30 |
| Biopsia laterocervicale | 149,94 |
| Biopsia sopraclaveare | 149,94 |
| Broncoinstillazione endoscopica | 90,27 |
| Cisti (echinococco od altre), asportazione di | 1.327,28 |
| Decorticazione pleuro polmonare, intervento di | 1.660,05 |
| Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di accessi | 548,51 |
| Drenaggio cavità empi ematica | 598,23 |
| Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico | 448,29 |
| Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo | 298,35 |
| Enfisema bollosa, trattamento chirurgico | 1.194,93 |
| Ernie diaframmatiche traumatiche | 1.660,05 |
| Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali | 1.493,28 |
| Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali | 846,09 |
| Ferite con lesioni viscerali del torace | 1.377,77 |
| Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per | 2.324,07 |
| Fistole esofago-bronchiali, interventi di | 1.809,23 |
| Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico | 846,09 |
| Fratture costali o sternali, trattamento conservativo | 149,94 |
| Instillazione medicamentosa endopleurica isolata | 59,67 |
| Lavaggio bronco alveolare endoscopico | 149,94 |
| Lavaggio pleurico | 59,67 |
| Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flail chest) | 1.410,66 |
| Lembo mobile toracico (flail chest), trattamento conservativo del | 696,92 |
| Linfadenectomia mediastinica (come unico intervento) | 1.178,87 |
| Mediastinoscopia diagnostica | 365,67 |
| Mediastinoscopia operativa | 548,51 |
| Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico | 365,67 |
| Neoformazioni costali localizzate | 514,85 |
| Neoformazioni del diaframma | 1.178,87 |

| | |
|---|----------|
| Neoformazioni della trachea | 714,51 |
| Neoplasie maligne coste e/o sterno | 1.194,93 |
| Neoplasie maligne della trachea | 2.091,51 |
| Neoplasie e/o cisti del mediastino | 1.991,30 |
| Pleurectomia | 1.327,28 |
| Pleuropneumectomia | 2.804,49 |
| Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di | 598,23 |
| Pleurodesi in video toracosopia | 1.161,27 |
| Pneumectomia, intervento di | 2.655,32 |
| Pneumotorace terapeutico | 226,44 |
| Puntato sternale o midollare | 90,27 |
| Puntura esplorativa del polmone | 182,07 |
| Relaxatio diaframmatica | 1.592,73 |
| Resezione bronchiale con reimpianto | 2.489,31 |
| Resezione di costa soprannumeraria | 1.327,28 |
| Resezione segmentaria o lobectomia | 1.660,05 |
| Resezioni segmentarie atipiche | 1.660,05 |
| Resezioni segmentarie tipiche | 1.991,30 |
| Sindromi stretto toracico superiore | 1.327,28 |
| Timectomia | 1.493,28 |
| Torace carenato o escavato, trattamento chirurgico correttivo | 1.660,05 |
| Toracentesi | 116,28 |
| Toracoplastica, primo tempo | 1.660,05 |
| Toracoplastica, secondo tempo | 896,58 |
| Interventi in video toracosopia | 365,67 |
| Toracotomia esplorativa (come unico intervento) | 996,03 |
| Tracheo- broncoscopia esplorativa | 253,22 |
| Tracheo- broncoscopia operativa | 548,51 |
| Trapianto di polmone | 9.956,48 |

| Interventi chirurgici chirurgia vascolare | |
|--|----------|
| Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto | 2.324,07 |
| Aneurismi arterie distali degli arti | 1.493,28 |
| Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici | 1.660,05 |
| Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento) | 1.825,29 |
| Bendaggio elasto-compressivo arti inferiori | 29,84 |
| By-pass aorto-iliaco o aorto-femorale | 1.660,05 |
| By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio | 1.660,05 |
| By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale | 1.660,05 |
| By-pass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo | 1.660,05 |
| Elefantiasi degli arti | 1.660,05 |
| Embolectomia e/o trombolectomia arteriosa o vene profonde o cava | 1.660,05 |
| Fasciotomia de compressiva | 448,29 |
| Iniezione endoarteriosa | 47,43 |
| Iniezione sclerosante | 15,30 |
| Legatura di vene comunicanti (come unico intervento) | 598,23 |
| Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca | 996,03 |
| Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea -omerale-Mammaria interna- brachiale-ascellare- glutea-carotide-vertebrale-succlavia-anonima | 598,23 |
| Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale- tiroidea-mascellare-temporale-facciale-radicale- cubitali-arcate palmari/pedide | 448,29 |

| | |
|--|----------|
| Pseudoaneurismi post-traumatici o iatrogeni | 1.825,29 |
| Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche CHIVA | 1.327,28 |
| Sindromi neurovascolari degli arti inferiori | 1.660,05 |
| Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento) | 746,64 |
| Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale | 1.825,29 |
| Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici | 1.991,30 |
| Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici | 1.991,30 |
| Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale | 1.327,28 |
| Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici | 1.991,30 |
| Varicectomia (come unico intervento) | 448,29 |
| Varicectomia con legatura di vene comunicanti (come unico intervento) | 598,23 |

Interventi chirurgici dermatologia - crioterapia – laserterapia

| | |
|--|--------|
| Asportazione con laser di tumori benigni cutanei o delle mucose esclusi quelli del viso (unica seduta) (*) | 116,28 |
| Asportazione con laser di tumori benigni del viso (unica seduta) (*) | 128,52 |
| Asportazione neoformazioni cutanee (per seduta) (*) | 122,40 |
| Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (per seduta) (*) | 36,72 |
| Trattamento mediante laser di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (prima seduta) (*) | 55,08 |
| Trattamento mediante laser di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (sedute successive) - massimo cinque sedute anno/solare (*) | 30,60 |
| Trattamento mediante laser di malformazioni vascolari superficiali (prima seduta) (*) | 67,32 |
| Trattamento mediante laser di malformazioni vascolari superficiali (sedute successive) massimo cinque sedute anno/solare (*) | 36,72 |
| Trattamento mediante laser di tumori maligni cutanei (trattamento completo) | 239,45 |

Interventi chirurgici gastroenterologia ed endoscopia digestiva

| | |
|--|----------|
| Dilatazione graduale del retto (per seduta) | 99,45 |
| Colonscopia totale operativa | 498,02 |
| Colonscopia totale operativa con posizionamento endo-loop | 598,23 |
| CPRE operativa | 1.095,48 |
| Esofagogastroduodenoscopia operativa | 498,02 |
| Trattamento endoscopico varici esofagee (1 seduta) | 365,67 |
| Trattamento endoscopico varici esofagee (sedute successive) | 298,35 |
| Trattamento endoscopico stenosi esofagee (1 seduta) | 598,23 |
| Trattamento endoscopico stenosi esofagee (sedute successive) | 365,67 |
| Posizionamento endoprotesi esofagee (esclusa protesi) | 763,47 |
| Manometria ano rettale | 90,27 |
| Manometria colon | 106,34 |
| Rettosigmoidoscopia operativa | 365,67 |
| Sondaggio duodenale | 48,20 |
| Sondaggio gastrico | 26,78 |
| Sondaggio gastrico frazionato con prove di stimolazione | 59,67 |
| Test all'idrogeno respiratorio per malassorbimento od intolleranza al lattosio | 66,56 |
| Test all'idrogeno respiratorio per proliferazione batterica del tenue | 93,33 |

| Interventi chirurgici ginecologia | |
|--|----------|
| Adesiolisi | 1.044,99 |
| Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde | 149,94 |
| Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di | 1.327,28 |
| Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di | 1.526,94 |
| Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di | 996,03 |
| Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di | 1.327,28 |
| Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di | 182,07 |
| Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di | 746,64 |
| Ascesso pelvico, trattamento chirurgico | 598,23 |
| Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio | 59,67 |
| Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di | 696,92 |
| Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di | 1.377,77 |
| Cisti vaginale, asportazione di | 298,35 |
| Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali | 298,35 |
| Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto | 846,09 |
| Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purolente | 448,29 |
| Conizzazione e tracheloplastica | 664,02 |
| Denervazione vulvare | 598,23 |
| Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva | 47,43 |
| Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit- Leufour endouterino | 249,39 |
| Eviscerazione pelvica | 2.489,31 |
| Fistole ureterali, vescicovaginale, rettovaginale, intervento per | 1.377,77 |
| Idrotubulazione medicata (per seduta) | 47,43 |
| Imenotomia-imenectomia (come unico intervento) | 182,07 |
| Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale | 1.344,87 |
| Insufflazione tubarica | 76,50 |
| Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia | 2.489,31 |
| Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia | 1.908,68 |
| Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, intervento di | 1.592,73 |
| Isteropessi | 1.327,28 |
| Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame) | 149,94 |
| Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per | 664,02 |
| Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di | 182,07 |
| Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per | 548,51 |
| Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie | 530,91 |
| Laparotomia esplorativa (come unico intervento) | 598,23 |
| Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica | 1.825,29 |
| Laparotomia per ferite e rotture dell' utero | 1.261,49 |
| Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta) | 53,55 |
| Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento) | 1.194,93 |
| Metroplastica (come unico intervento) | 1.493,28 |
| Miomectomie per via laparotomica e ricostruzione plastica dell' utero | 1.261,49 |
| Miomectomie per via vaginale | 780,30 |
| Neoformazioni della vulva, asportazione | 215,73 |
| Neurectomia semplice | 1.194,93 |
| Plastica con allargamento dell' introito (compreso intervento per vaginismo) | 780,30 |
| Plastica vaginale anteriore, intervento di | 780,30 |
| Plastica vaginale posteriore, intervento di | 780,30 |
| Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di | 1.327,28 |

| | |
|---|----------|
| Polipi cervicali, asportazione di | 90,27 |
| Polipi orifizio uretrale esterno | 149,94 |
| Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale | 1.327,28 |
| Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di | 548,51 |
| Puntura esplorativa del cavo di Douglas | 116,28 |
| Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico | 448,29 |
| Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale | 1.161,27 |
| Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale | 1.493,28 |
| Salpingectomia monolaterale | 1.044,99 |
| Salpingectomia bilaterale | 1.194,93 |
| Salpingoplastica | 1.327,28 |
| Setto vaginale, asportazione chirurgica | 548,51 |
| Tracheloplastica (come unico intervento) | 598,23 |
| Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali | 1.592,73 |
| Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali | 1.825,29 |
| Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali | 1.161,27 |
| Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali | 1.327,28 |
| Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina | 1.377,77 |
| Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina | 1.078,65 |
| Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per | 2.324,07 |
| Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per | 1.660,05 |
| V.A.B.R.A. a scopo diagnostico | 53,55 |
| Vulvectomy parziale | 846,09 |
| Vulvectomy parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di | 996,03 |
| Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di | 2.489,31 |
| Vulvectomy semplice (locale o cutanea), intervento di | 1.261,49 |
| Vulvectomy totale | 1.377,77 |

| Interventi chirurgici neurochirurgia | |
|--|----------|
| Anastomosi spino-facciale e simili | 1.559,84 |
| Anastomosi vasi intra-extra cranici | 2.599,47 |
| Ascesso o ematoma intracranico, intervento per | 2.324,07 |
| Carotide endocranica, legatura della | 1.925,51 |
| Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni via posteriore | 2.324,07 |
| Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni via transorale | 3.285,68 |
| Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, interventi di | 2.489,31 |
| Corpo estraneo intracranico, asportazione di | 2.324,07 |
| Cranioplastica | 2.324,07 |
| Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo | 1.377,77 |
| Craniotomia per ematoma extra durale | 1.991,30 |
| Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali | 2.356,20 |
| Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali | 2.821,32 |
| Derivazione liquorale diretta e indiretta, intervento per | 1.825,29 |
| Encefalomeningocele, intervento per | 2.489,31 |
| Epilessia focale, intervento per | 2.621,66 |
| Ernia del disco lombare | 2.157,30 |
| Ernia del disco dorsale per via trans-toracica | 3.153,33 |

| | |
|--|----------|
| Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie | 2.489,31 |
| Ernia del disco dorsale per via laterale | 2.489,31 |
| Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica | 2.954,43 |
| Fistola liquorale | 2.157,30 |
| Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico | 1.327,28 |
| Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico | 1.991,30 |
| Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta | 3.285,68 |
| Gangliectomia lombare e splancnicectomia | 1.311,21 |
| Ipofisi, intervento per via tran sfenoidale | 2.655,32 |
| Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali | 1.660,05 |
| Laminectomia ed esplorazione di tumori intra-durali extra midollari | 2.655,32 |
| Laminectomia ed esplorazione di tumori intramidollari | 3.285,68 |
| Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi) | 3.285,68 |
| Mielomeningocele, intervento per | 2.655,32 |
| Neoplasie endocraniche, asportazione di | 2.954,43 |
| Neoplasie endorachidee extradurali, asportazione di | 1.493,28 |
| Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo | 1.991,30 |
| Neurolisi (come unico intervento) | 714,51 |
| Neurorrafia primaria (come unico intervento) | 714,51 |
| Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento) | 2.324,07 |
| Neurotomia semplice (come unico intervento) | 696,92 |
| Plastica volta cranica | 1.991,30 |
| Plesso brachiale, intervento sul | 1.592,73 |
| Puntura epidurale | 90,27 |
| Puntura sottoccipitale per prelievo liquorale o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto | 149,94 |
| Rachicentesi per qualsiasi indicazione | 90,27 |
| Registrazione continua della pressione intracranica | 298,35 |
| Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche | 2.157,30 |
| Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica | 1.825,29 |
| Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica | 2.821,32 |
| Simpatico cervicale: enervazione del seno carotideo, intervento sul | 1.161,27 |
| Simpatico cervicale: gangliectomia, intervento sul | 1.161,27 |
| Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul | 1.161,27 |
| Simpatico dorsale: gangliectomia lombare, intervento sul | 1.161,27 |
| Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splancnici | 1.493,28 |
| Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul | 1.161,27 |
| Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul | 1.161,27 |
| Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul | 830,79 |
| Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul | 1.161,27 |
| Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul | 1.161,27 |
| Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul | 1.161,27 |
| Stenosi vertebrale lombare | 2.489,31 |
| Stereotassi, intervento di Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili | 1.908,68 |
| Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici | 746,64 |
| Compressione del G. di Gasser con palloncino Fogarky | 1.842,12 |
| Termorizotomia del G. di Gasser o altri nervi cranici | 2.174,13 |
| Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare | 696,92 |
| Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento) | 1.161,27 |
| Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per | 2.804,49 |
| Traumi vertebro-midollari via posteriore, intervento per | 2.157,30 |
| Tumore orbitale, asportazione per via endocranica | 2.655,32 |
| Tumori dei nervi periferici, asportazione di | 1.493,28 |

| | |
|---|----------|
| Tumori della base cranica, intervento per via trans orale | 3.285,68 |
| Tumori orbitali, intervento per via epipalpebrale | 2.157,30 |

| <u>Interventi chirurgici oculistica – orbita</u> | |
|---|----------|
| Biopsia orbitaria | 365,67 |
| Cavità orbitaria, plastica per | 780,30 |
| Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di | 696,92 |
| Corpi estranei endoorbitali, asportazione di | 481,19 |
| Exenteratio orbitae | 1.028,93 |
| Iniezione endorbitale | 47,43 |
| Operazione di Kronlein od orbitotomia | 2.157,30 |
| Orbita, intervento di decompressione per via inferiore | 996,03 |

| <u>Interventi chirurgici oculistica – sopracciglio</u> | |
|---|--------|
| Cisti o corpi estranei, asportazione di | 59,67 |
| Elevazione del sopracciglio, intervento per | 598,23 |
| Plastica per innesto | 498,02 |
| Plastica per scorrimento | 365,67 |
| Sutura ferite | 76,50 |

| <u>Interventi chirurgici oculistica – palpebre</u> | |
|--|--------|
| Ascesso palpebre, incisione di | 45,14 |
| Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: 1 palpebra | 182,07 |
| Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: ogni altra palpebra | 90,27 |
| Calazio | 149,94 |
| Cantoplastica | 514,85 |
| Elettrolisi delle ciglia (massimo due sedute) | 25,25 |
| Entropion-ectropion | 548,51 |
| Epicanto-coloboma | 598,23 |
| Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: 1 palpebra (escluse finalità estetiche) | 249,39 |
| Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: ogni altra palpebra (escluse finalità estetiche) | 133,11 |
| Ernie palpebrali, correzione di (escluse finalità estetiche) | 149,94 |
| Piccoli tumori o cisti, asportazione di | 149,94 |
| Riapertura di anchiloblefaron | 90,27 |
| Sutura cute palpebrale (come unico intervento) | 90,27 |
| Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento) | 215,73 |
| Tarsorrafia (come unico intervento) | 298,35 |
| Tumori, asportazione con plastica per innesto | 746,64 |
| Tumori, asportazione con plastica per scorrimento | 481,19 |
| Xantelasma semplice, asportazione di | 182,07 |
| Xantelasma, asportazione con plastica per scorrimento | 414,63 |

| <u>Interventi chirurgici oculistica - vie lacrimali</u> | |
|--|--------|
| Chiusura del puntino lacrimale | 59,67 |
| Chiusura del puntino lacrimale con protesi | 90,27 |
| Dacriocistorinostomia o intubazione | 746,64 |
| Fistola, asportazione | 266,22 |
| Flemmone, incisione di (come unico intervento) | 47,43 |
| Impianto tubi di silicone nella stenosi delle vie lacrimali | 149,94 |

| | |
|---|--------|
| Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del | 481,19 |
| Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento) | 29,84 |
| Sondaggio o lavaggio vie lacrimali (per seduta) | 25,25 |
| Stricturotomia (come unico intervento) | 45,14 |
| Vie lacrimali, ricostruzione | 696,92 |

Interventi chirurgici oculistica – congiuntiva

| | |
|--|--------|
| Corpi estranei, asportazione di | 36,72 |
| Iniezione sottocongiuntivale | 25,25 |
| Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto | 481,19 |
| Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento | 398,57 |
| Piccole cisti, sutura con innesto placentare | 106,34 |
| Plastica congiuntivale per innesto | 481,19 |
| Plastica congiuntivale per scorrimento | 365,67 |
| Pterigio o pinguecola | 215,73 |
| Sutura di ferita congiuntivale | 90,27 |

Interventi chirurgici oculistica – cornea

| | |
|--|----------|
| Cheratoplastica a tutto spessore | 1.377,77 |
| Cheratoplastica lamellare | 996,03 |
| Corpi estranei dalla cornea, estrazione di | 45,14 |
| Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di | 846,09 |
| Crioapplicazioni corneali | 59,67 |
| Epicheratoplastica | 1.161,27 |
| Innesto membrana amniotica | 856,80 |
| Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico | 59,67 |
| Odontocheratoprotesi | 1.709,01 |
| Paracentesi della camera anteriore | 249,39 |
| Sutura corneale (come unico intervento) | 298,35 |
| Tatuaggio corneale | 298,35 |
| Trapianto corneale a tutto spessore | 1.991,30 |
| Trapianto corneale lamellare | 1.493,28 |

Interventi chirurgici oculistica – cristallino

| | |
|---|----------|
| Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale pseudo accomodativo in camera posteriore | 1.530,00 |
| Cataratta (senile, traumatica, patologica), estrazione di | 846,09 |
| Cataratta complicata, estrazione di | 996,03 |
| Cataratta congenita o traumatica, discissione di | 548,51 |
| Cataratta molle, intervento per | 996,03 |
| Cataratta secondaria, discissione di | 298,35 |

Interventi chirurgici oculistica – congiuntiva

| | |
|---|----------|
| Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore | 1.161,27 |
| Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore | 448,29 |
| Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore | 769,59 |
| Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento) | 481,19 |
| Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento) | 846,09 |
| Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di | 1.112,31 |
| Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala) | 1.161,27 |
| Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore | 1.377,77 |

| <u>Interventi chirurgici oculistica – sclera</u> | |
|---|----------|
| Sclerectomia | 1.044,99 |
| Sclerotomia (come unico intervento) | 298,35 |
| Sutura sclerale | 398,57 |

| <u>Interventi chirurgici oculistica - operazione per glaucoma</u> | |
|--|----------|
| Alcoolizzazione nervo cigliare, intervento per | 298,35 |
| Ciclodialisi | 769,59 |
| Ciclodiatomia perforante | 448,29 |
| Crioapplicazione antiglaucomatosa | 182,07 |
| Goniotomia | 769,59 |
| Fotosclerectomia con laser ad eccimeri (per occhio) | 1.161,27 |
| Iridocicloretrazione | 1.427,49 |
| Microchirurgia dell' angolo camerulare | 1.161,27 |
| Operazione fistolizzante | 1.161,27 |
| Trabeculectomia | 1.261,49 |
| Trabeculectomia + asportazione cataratta – intervento combinato | 1.592,73 |
| Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale intervento combinato | 1.725,84 |
| Trabeculotomia | 862,92 |

| <u>Interventi chirurgici oculistica – iride</u> | |
|--|--------|
| Cisti iridee, asportazione e plastica di | 896,58 |
| Iridectomia | 664,02 |
| Irido-dialisi, intervento per | 896,58 |
| Iridoplastica | 598,23 |
| Iridotomia | 481,19 |
| Prolasso irideo, riduzione | 481,19 |
| Sinechiotomia | 548,51 |
| Sutura dell' iride | 548,51 |

| <u>Interventi chirurgici oculistica – retina</u> | |
|--|----------|
| Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiali usati durante l' intervento di distacco | 448,29 |
| Criotrattamento (come unico intervento) | 896,58 |
| Diatermocoagulazione retinica per distacco | 896,58 |
| Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi | 2.954,43 |
| Vitrectomia anteriore o posteriore | 1.592,73 |

| <u>Interventi chirurgici oculistica – muscoli</u> | |
|---|--------|
| Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento | 548,51 |
| Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento | 846,09 |
| Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche) | 896,58 |
| Recessione-resezione-inginocchiamento, trattamento di | 548,51 |
| Strabismo paralitico, intervento per | 896,58 |

| <u>Interventi chirurgici oculistica - bulbo oculare</u> | |
|--|----------|
| Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di | 696,92 |
| Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di | 1.493,28 |
| Enucleazione o exenteratio | 896,58 |
| Enucleazione con innesto protesi mobile | 1.078,65 |
| Eviscerazione con impianto intraoculare | 1.078,65 |

Interventi chirurgici oculistica - trattamenti laser

| | |
|--|--------|
| chirurgia refrattiva (qualunque tecnica) per 1 occhio | 428,40 |
| chirurgia refrattiva (qualunque tecnica) per 2 occhi | 734,40 |
| Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, neovascolari | 116,28 |
| Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze(trattamento completo) | 266,22 |
| Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni (a seduta) | 90,27 |
| Laserterapia iridea (per intero ciclo) | 215,73 |
| Laserterapia lesioni retiniche(per intero ciclo) | 298,35 |
| Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta) | 90,27 |
| Trattamenti laser per cataratta secondaria | 182,07 |

Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia – bendaggi

| | |
|---|-------|
| Bendaggio alla colla di zinco: coscia, gamba e piede | 59,67 |
| Bendaggio alla colla di zinco: gamba e piede | 47,43 |
| Bendaggio collare di Schanz | 47,43 |
| Bendaggio con doccia di immobilizzazione: gomito e polso | 47,43 |
| Bendaggio con doccia di immobilizzazione: in abduzione per arto superiore | 59,67 |
| Bendaggio con doccia di immobilizzazione: per arto inferiore | 59,67 |
| Bendaggio con medicazione | 29,84 |
| Bendaggio secondo Desault: amidato o gessato | 90,27 |
| Bendaggio secondo Desault: semplice | 59,67 |
| Bendaggio semplice con ovatta e garza | 25,25 |
| Bendaggio torace senza arto superiore | 25,25 |
| Stecca di Zimmer per dito, applicazione di | 36,72 |

Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - apparecchi gessati

| | |
|---|--------|
| Arto inferiore: coscia, gamba, piede (pelvipiedidio) | 133,11 |
| Arto inferiore: gamba, piede (gambaletto) | 90,27 |
| Arto inferiore: ginocchiera | 90,27 |
| Arto superiore: avambraccio e mano | 76,50 |
| Arto superiore: braccio, avambraccio e mano | 116,28 |
| Arto superiore: torace ed arto superiore (toraco brachiale) | 166,77 |
| Calco di gesso per protesi arti | 90,27 |
| Corsetto con spalle | 166,77 |
| Corsetto senza spalle | 133,11 |
| Corsetto speciale per scoliosi e/o cifosi | 215,73 |
| Corsetto tipo Minerva | 199,67 |
| Delbet | 59,67 |
| Gypsotomia | 36,72 |
| Pelvicondiloideo | 195,84 |
| Pelvicondiloideo bilaterale | 252,45 |
| Pelvimalleolare | 195,84 |
| Pelvimalleolare bilaterale | 252,45 |
| Pelvipiedidio | 195,84 |
| Pelvipiedidio bilaterale | 252,45 |
| Scarpetta gessata | 59,67 |
| Stecca da dito | 36,72 |

Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - lussazioni e fratture

| | |
|--|--------|
| Riduzione incruenta di fratture-lussazioni: colonna vertebrale | 548,51 |
| Riduzione incruenta di fratture-lussazioni: grandi articolazioni | 298,35 |
| Riduzione incruenta di fratture-lussazioni: piccole articolazioni | 116,28 |
| Riduzione incruenta di fratture: applicazione di filo o chiodo transcheletrico | 149,94 |
| Riduzione incruenta di fratture: applicazione di skin traction | 59,67 |
| Riduzione incruenta di fratture: colonna vertebrale | 631,13 |
| Riduzione incruenta di fratture: grandi segmenti | 332,01 |
| Riduzione incruenta di fratture: medi segmenti (anche clavicola) | 215,73 |
| Riduzione incruenta di fratture: piccoli segmenti | 116,28 |
| Riduzione incruenta di lussazione traumatica: colonna vertebrale | 548,51 |
| Riduzione incruenta di lussazione traumatica: grandi articolazioni | 266,22 |
| Riduzione incruenta di lussazione traumatica: medie articolazioni | 182,07 |
| Riduzione incruenta di lussazione traumatica: piccole articolazioni | 90,27 |
| Applicazione di filo o chiodo tran scheletrico | 166,77 |
| Applicazione di skin traction | 59,67 |

Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi incruenti

| | |
|---|--------|
| Mobilizzazione incruenta di rigidità: grandi articolazioni | 249,39 |
| Mobilizzazione incruenta di rigidità: medie articolazioni | 215,73 |
| Mobilizzazione incruenta di rigidità: piccole articolazioni | 182,07 |
| Osteoclasia | 249,39 |
| Torcicollo e scoliosi su letto speciale, correzione di | 249,39 |
| Terapia con "onde d'urto" per seduta (max 5/anno solare) | 76,50 |

Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi cruenti

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica e metodica. Per trattamento completo si intende anche eventuale neurelisi e/o sinoviectomia nell'ambito dell'intervento principale.

| | |
|--|----------|
| Acromioplastica anteriore | 1.194,93 |
| Agoaspirato osseo | 90,27 |
| Alluce valgo | 746,64 |
| Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo) | 1.493,28 |
| Amputazione grandi segmenti (trattamento completo) | 1.044,99 |
| Amputazione medi segmenti (trattamento completo) | 714,51 |
| Amputazione piccoli segmenti (trattamento completo) | 448,29 |
| Artrocentesi | 39,78 |
| Artrocentesi con introduzione di medicamento | 47,43 |
| Artrodesi vertebrale per via anteriore o spondilolistesi | 2.621,66 |
| Artrodesi vertebrale per via posteriore | 2.324,07 |
| Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore | 2.987,33 |
| Artrodesi: grandi articolazioni | 1.261,49 |
| Artrodesi: medie articolazioni | 598,23 |
| Artrodesi: piccole articolazioni | 448,29 |
| Artrolisi: grandi articolazioni | 631,13 |
| Artrolisi: medie articolazioni | 598,23 |
| Artrolisi: piccole articolazioni | 481,19 |
| Artroplastiche con materiali biologici: grandi articolazioni | 1.261,49 |
| Artroplastiche con materiali biologici: medie articolazioni | 746,64 |
| Artroplastiche con materiali biologici: piccole articolazioni | 481,19 |
| Artroprotesi: polso | 1.660,05 |

| | |
|---|----------|
| Artroprotesi: spalla, parziale | 2.324,07 |
| Artroprotesi: spalla, totale | 2.954,43 |
| Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo) | 2.290,41 |
| Artroprotesi: anca totale (trattamento completo) | 3.618,45 |
| Artroprotesi: ginocchio | 2.655,32 |
| Artroprotesi: gomito, tibiotarsica | 1.660,05 |
| Artroscopia diagnostica (come unico intervento) | 183,60 |
| Ascesso freddo, drenaggio di | 90,27 |
| Biopsia articolare | 182,07 |
| Biopsia ossea | 182,07 |
| Biopsia trans-peduncolare somi vertebrale | 846,09 |
| Biopsia vertebrale a cielo aperto | 548,51 |
| Borsectomia | 365,67 |
| Calcaneo stop | 548,51 |
| Chemonucleolisi per ernia discale | 1.493,28 |
| Cisti meniscale o parameniscale, asportazione di | 813,20 |
| Cisti del Becker, asportazione di | 830,79 |
| Condrectomia | 266,22 |
| Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di | 780,30 |
| Costola cervicale e “outlet syndrome”, intervento per | 1.327,28 |
| Costruzione di monconi cinematici | 996,03 |
| Disarticolazione interscapolo toracica | 2.489,31 |
| Disarticolazioni, grandi articolazioni | 2.324,07 |
| Disarticolazioni, medie articolazioni | 1.493,28 |
| Disarticolazioni, piccole articolazioni | 780,30 |
| Elsmie-Trillat, intervento di | 780,30 |
| Emipelvectomia | 2.324,07 |
| Emipelvectomie “interne” con salvataggio dell’ arto | 2.954,43 |
| Epifisiodesi | 1.194,93 |
| Ernia del disco dorsale o lombare | 2.157,30 |
| Ernia del disco dorsale per via trans toracica | 3.153,33 |
| Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie | 2.489,31 |
| Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica | 2.954,43 |
| Esostosi semplice, asportazione di | 548,51 |
| Frattura esposta, pulizia chirurgica di | 398,57 |
| Infiltrazione articolare | 15,30 |
| Laterale release | 266,22 |
| Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di | 996,03 |
| Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di | 1.493,28 |
| Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia) ricostruzione di | 1.991,30 |
| Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per | 1.327,28 |
| Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo) | 896,58 |
| Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo) | 1.161,27 |
| Meniscectomia (in artroscopia) + rimozione di corpi mobili (trattamento completo) | 1.377,77 |
| Meniscectomia (in artroscopia) + rimozione di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo) | 1.493,28 |
| Midollo osseo, espianto di | 448,29 |
| Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare | 1.327,28 |
| Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per | 1.044,99 |
| Osteosintesi vertebrale | 1.991,30 |
| Osteosintesi: grandi segmenti | 1.327,28 |

| | |
|---|----------|
| Osteosintesi: medi segmenti | 1.044,99 |
| Osteosintesi: piccoli segmenti | 746,64 |
| Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.) | 896,58 |
| Osteotomia semplice | 631,13 |
| Perforazione alla Boeck | 249,39 |
| Prelievo di trapianto osseo con innesto | 780,30 |
| Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo) | 1.493,28 |
| Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo) | 1.044,99 |
| Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo) | 746,64 |
| Puntato tibiale o iliaco | 59,67 |
| Radiodistale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio | 1.825,29 |
| Reimpianti di arto o suo segmento | 4.646,61 |
| Resezione articolare | 996,03 |
| Resezione del sacro | 1.327,28 |
| Resezione ossea | 996,03 |
| Riallineamento metatarsale | 1.044,99 |
| Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale | 1.825,29 |
| Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni | 1.194,93 |
| Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie o piccole articolazioni | 548,51 |
| Rimozione mezzi di sintesi | 481,19 |
| Rottura cuffia rotatoria della spalla, riparazione | 1.194,93 |
| Scapulopessi | 1.062,59 |
| Scoliosi, intervento per | 2.489,31 |
| Sinovialectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento) | 664,02 |
| Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento) | 548,51 |
| Spalla, resezioni complete secondo Tichor-Limberg | 2.324,07 |
| Stenosi vertebrale e lombare | 2.489,31 |
| Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento | 1.493,28 |
| Tetto cotiloideo, ricostruzione di | 1.327,28 |
| Toilette chirurgica e piccole suture | 90,27 |
| Trapianto di midollo osseo (omnicomprensivo di servizi ed atti medici) | 8.297,19 |
| Traslazione muscoli cuffia e rotatori della spalla | 830,79 |
| Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di | 1.660,05 |
| Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di | 1.161,27 |
| Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di | 530,91 |
| Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali , asportazione di | 2.655,32 |
| Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo) | 2.655,32 |
| Volkman, intervento per retrazioni ischemiche | 1.493,28 |

Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia tendini - muscoli - aponevrosi - nervi periferici

| | |
|--|----------|
| Cisti tendinea (come unico intervento) | 398,57 |
| Deformità ad asola | 1.044,99 |
| Dito a martello | 448,29 |
| Gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di | 365,67 |
| Neurinomi, trattamento chirurgico di | 714,51 |
| Neurinoma di Morton, intervento per | 928,71 |
| Sindromi canalicolari del piede | 830,79 |
| Tenolisi (come unico intervento) | 448,29 |
| Tenoplastica, mioplastica, miorrafia | 498,02 |
| Tenorrafia complessa | 830,79 |
| Tenorrafia semplice | 398,57 |

| | |
|---|--------|
| Tenotomia, miotomia, aponeurectomia (come unico intervento) | 896,58 |
| Torcicollo miogeno congenito, int. Per | 896,58 |
| Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo) | 996,03 |

| Interventi chirurgici ostetricia | |
|---|----------|
| Aborto terapeutico | 464,36 |
| Amnioscopia | 59,67 |
| Assistenza al parto eutocico, distocico, plurimo, podalico, prematuro, pilotato (comprensiva di qualsiasi atto operativo chirurgico e della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero) | 1.327,28 |
| Parto tramite taglio cesareo conservativo o demolitivo, comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero | 1.713,60 |
| Cerchiaggio cervicale | 448,29 |
| Colpoperineorrafia per deiscenza sutura, intervento di | 298,35 |
| Cordocentesi | 448,29 |
| Fetoscopia | 448,29 |
| Lacerazione cervicale, sutura di | 249,39 |
| Laparotomia esplorativa | 598,23 |
| Laparotomia esplorativa, con intervento demolitivo | 1.261,49 |
| Mastite puerperale, trattamento chirurgico | 182,07 |
| Revisione delle vie del parto, intervento per | 448,29 |
| Revisione di cavità uterina per aborto in atto- postabortivo-in puerperio, intervento per | 448,29 |
| Riduzione manuale per inversione di utero per via laparatomica, intervento di | 996,03 |
| Riduzione manuale per inversione di utero per via vaginale, intervento di | 548,51 |
| Secondamento manuale | 149,94 |

| Interventi chirurgici otorinolaringoiatria – orecchio | |
|---|----------|
| Antroatticotomia con labirintectomia | 1.825,29 |
| Ascesso cerebrale, apertura per via trans mastoidea | 2.324,07 |
| Ascesso del condotto, incisione di | 90,27 |
| Ascesso extradurale, apertura per via trans mastoidea | 1.991,30 |
| Atresia auris congenita completa | 2.324,07 |
| Atresia auris congenita incompleta | 1.991,30 |
| Cateterismo tubarico (per seduta) | 15,30 |
| Corpi estranei dal condotto, asportazione per via naturale con lavaggio | 15,30 |
| Corpi estranei dal condotto, asportazione strumentale | 47,43 |
| Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retro auricolare | 215,73 |
| Fistole congenite, asportazione di | 598,23 |
| Mastoidectomia | 996,03 |
| Mastoidectomia radicale | 1.825,29 |
| Miringoplastica per via endoaurale | 780,30 |
| Miringoplastica per via retro auricolare | 1.327,28 |
| Miringotomia (come unico intervento) | 116,28 |
| Neoplasia del padiglione, exeresi di | 448,29 |
| Neoplasie del condotto, exeresi | 548,51 |
| Nervo vestibolare, sezione del | 3.153,33 |
| Neurinoma dell' ottavo paio | 3.285,68 |
| Osteomi del condotto, asportazione di | 448,29 |
| Petrosectomia | 2.821,32 |
| Petrositi suppurate, trattamento delle | 1.991,30 |
| Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di | 182,07 |
| Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di | 1.377,77 |

| | |
|--|----------|
| Sacco endolinfatico, chirurgia del | 1.825,29 |
| Stapedectomia | 1.660,05 |
| Stapedotomia | 1.725,84 |
| Tappi di cerume, estrazione di | 15,30 |
| Timpanoplastica con mastoidectomia | 2.057,85 |
| Timpanoplastica senza mastoidectomia | 1.261,49 |
| Timpanoplastica, secondo tempo di | 696,92 |
| Timpanotomia esplorativa | 448,29 |
| Tumori dell' orecchio medio, asportazione di | 1.327,28 |

| Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - naso e seni paranasali | |
|---|----------|
| Adenoidectomia | 598,23 |
| Adenotonsillectomia | 996,03 |
| Atresia coanale, intervento per | 996,03 |
| Cisti e piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di | 266,22 |
| Corpi estranei, asportazione di | 47,43 |
| Diaframma coanale osseo, asportazione per via trans palatina | 780,30 |
| Etmoide, svuotamento radicale monolaterale | 746,64 |
| Etmoide, svuotamento radicale bilaterale | 1.044,99 |
| Fistole oro antrali | 298,35 |
| Fratture delle ossa nasali, riduzioni di | 298,35 |
| Instillazione sinusale (per ciclo di terapia) | 47,43 |
| Ozena, cura chirurgica dell' | 598,23 |
| Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di | 266,22 |
| Rinofima, intervento | 598,23 |
| Rinosettoplastica con innesti di osso | 1.327,28 |
| Rinosettoplastica, revisione di | 548,51 |
| Seni paranasali, intervento per mucocoele | 1.377,77 |
| Seni paranasali, intervento radicale monolaterale | 1.224,77 |
| Seni paranasali, intervento radicale bilaterale | 1.709,01 |
| Seno frontale, svuotamento per via esterna | 598,23 |
| Seno frontale, svuotamento per via nasale | 598,23 |
| Seno mascellare, puntura diameatica del | 76,50 |
| Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale | 448,29 |
| Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale | 746,64 |
| Seno sfenoidale, apertura per via trans nasale | 1.327,28 |
| Setto-etmoidostenotomia decompressiva neurovascolare conservativa conturbinotomie funzionali | 1.327,28 |
| Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo e secondo grado monolaterale allargata | 1.327,28 |
| Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata | 1.660,05 |
| Settoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia | 1.254,60 |
| Sinechie nasali, recisione di | 59,67 |
| Speroni o creste del setto, asportazione di | 149,94 |
| Tamponamento nasale anteriore | 29,84 |
| Tamponamento nasale antero-posteriore | 59,67 |
| Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di | 746,64 |
| Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di | 2.489,31 |
| Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento) | 249,39 |
| Turbinati, cauterizzazione dei (come unico intervento) | 59,67 |
| Turbinotomia (come unico intervento) | 182,07 |
| Varici del setto, trattamento di | 76,50 |

Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - faringe - cavo orale - orfaringe - ghiandole salivari

| | |
|---|----------|
| Ascesso peritonsillare, incisione | 149,94 |
| Ascesso retro-faringeo o latero-faringeo | 249,39 |
| Corpi estranei endofaringei, asportazione di | 90,27 |
| Fibroma rinofaringeo | 1.327,28 |
| Leucoplachia, asportazione | 119,34 |
| Neoplasie parafaringee | 2.091,51 |
| Tonsillectomia | 696,92 |
| Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di | 298,35 |
| Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di | 1.261,49 |
| Ugulotomia | 149,94 |
| Velofaringoplastica | 1.161,27 |

Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - laringe e ipofaringe

| | |
|--|----------|
| Adduttori, intervento per paralisi degli | 1.825,29 |
| Ascesso dell' epiglottide, incisione | 182,07 |
| Biopsia in laringoscopia | 74,97 |
| Biopsia in microlaringoscopia | 133,11 |
| Cauterizzazione endolaringea | 50,49 |
| Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia | 846,09 |
| Cordectomia | 1.327,28 |
| Cordectomia con il laser | 1.825,29 |
| Corpi estranei, asportazione in laringoscopia | 298,35 |
| Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica | 1.062,59 |
| Dilatazione laringea (per seduta) | 74,97 |
| Laringectomia parziale | 1.660,05 |
| Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale | 2.157,30 |
| Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale | 2.655,32 |
| Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale | 2.987,33 |
| Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale | 1.991,30 |
| Laringocele | 1.161,27 |
| Laringofaringectomia totale | 2.157,30 |
| Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia | 398,57 |
| Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia | 598,23 |
| Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2 | 448,29 |
| Nervo laringeo superiore, alcoolizzazione del | 90,27 |
| Papilloma laringeo | 498,02 |
| Pericondrite ed ascesso perilaringeo | 498,02 |

Interventi chirurgici urologia - piccoli interventi e diagnostica urologica

| | |
|--|--------|
| Cambio tubo cistostomico (*) | 42,84 |
| Cambio tubo pielostomico (*) | 97,92 |
| Cateterismo vescicale nell' uomo con patologia stenotica (unico trattamento) (*) | 61,20 |
| Cateterismo vescicale nella donna (come unico trattamento) (*) | 30,60 |
| Esame urodinamico completo (compresi eventuali test farmacologici) (*) | 128,52 |
| Parafimosi, riduzione incruenta di (*) | 67,32 |
| Rigidometria peniena notturna (3 notti - RIGISCAN) (*) | 183,60 |

| | |
|---|-------|
| Uretra, dilatazione con sonde morbide o rigide (per seduta) (*) | 61,20 |
| Uroflussimetria (*) | 42,84 |

Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali non viene riconosciuta l'applicazione della tariffa di sala operatoria.

| <u>Interventi chirurgici urologia - endoscopia diagnostica</u> | |
|---|--------|
| Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento) | 119,34 |
| Cistoscopia ed eventuale biopsia | 182,07 |
| Cromocistoscopia e cateterismo ureterale bilaterale | 249,39 |
| Cromocistoscopia e cateterismo ureterale monolaterale | 215,73 |
| Cromocistoscopia per valutazione funzionale | 119,34 |
| Ureterosopia (omnicomprensiva) | 266,22 |
| Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico) | 99,45 |

| <u>Interventi chirurgici urologia - endoscopia operativa</u> | |
|---|----------|
| Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite | 664,02 |
| Collo vescicale e prostata, resezione endoscopica del | 1.327,28 |
| Collo vescicale, resezione per sclerosi recidiva | 598,23 |
| Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di | 365,67 |
| Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali (per seduta) | 266,22 |
| Formazioni ureterali, resezione endoscopica di | 746,64 |
| Incontinenza urinaria, intervento (Teflon) | 1.224,00 |
| Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, etc. | 1.161,27 |
| Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica | 746,64 |
| Meatotomia ureterale (come unico intervento) | 249,39 |
| Meatotomia uretrale (come unico intervento) | 149,94 |
| Nefrostomia percutanea bilaterale | 664,02 |
| Nefrostomia percutanea monolaterale | 448,29 |
| Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di | 1.261,49 |
| Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP) | 1.526,94 |
| Reflusso vescico ureterale, intervento endoscopico (Teflon) | 780,30 |
| Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento) | 249,39 |
| Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento) | 365,67 |
| Ureterocele, intervento endoscopico per | 746,64 |
| Uretrotomia endoscopica | 598,23 |
| Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento) | 448,29 |
| Wall Stent per stenosi uretrali compresa nefrostomia | 1.377,77 |
| Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume) | 598,23 |

| <u>Interventi chirurgici urologia - rene</u> | |
|---|----------|
| Agobiopsia renale percutanea | 149,94 |
| Laparotomia esplorativa del rene comprese eventuali biopsie | 734,40 |
| Cisti renale per via percutanea, puntura di | 119,34 |
| Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti | 266,22 |
| Cisti renale, resezione | 664,02 |
| Eminefrectomia | 2.157,30 |
| Litotripsia per calcolosi renale e/o ureterale monolaterale (tratt. completo) | 1.825,29 |
| Litotripsia per calcolosi renale e/o ureterale bilaterale (tratt. completo) | 2.324,07 |
| Lobotomia per ascessi pararenali | 1.161,27 |
| Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia) | 2.389,86 |

| | |
|--|----------|
| Nefrectomia polare | 1.592,73 |
| Nefrectomia semplice | 1.377,77 |
| Nefropessi | 1.161,27 |
| Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento) | 996,03 |
| Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di | 2.489,31 |
| Nefroureterectomia radicale più trattamento trombocavale (compresa surrenectomia) | 2.522,21 |
| Pielocalicolitotomia (come unico intervento) | 1.044,99 |
| Pielocentesi (come unico intervento) | 266,22 |
| Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di | 1.660,05 |
| Pielouretero plastica per stenosi del giunto | 1.559,84 |
| Surrenectomia (trattamento completo) | 2.389,86 |
| Trapianto di rene | 9.956,48 |

| Interventi chirurgici urologia - uretere | |
|--|----------|
| Transuretero-ureteroanastomosi | 1.044,99 |
| Uretero-ileo-anastomosi monolaterale | 2.157,30 |
| Uretero-ileo-anastomosi bilaterale | 2.821,32 |
| Ureterocistoneostomia monolaterale | 1.261,49 |
| Ureterocistoneostomia bilaterale | 1.556,78 |
| Ureterocutaneostomia monolaterale | 896,58 |
| Ureterocutaneostomia bilaterale | 1.327,28 |
| Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di | 1.660,05 |
| Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale), intervento di | 2.324,07 |
| Ureteroileocutaneostomia non continente | 1.493,28 |
| Ureterolisi più omentoplastica | 780,30 |
| Ureterolitotomia lombo-iliaca | 1.161,27 |
| Ureterolitotomia pelvica | 1.261,49 |
| Ureterosigmoidoscopia monolaterale | 1.261,49 |
| Ureterosigmoidoscopia bilaterale | 1.493,28 |

| Interventi chirurgici urologia - vescica | |
|--|----------|
| Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius | 746,64 |
| Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia | 1.493,28 |
| Cistectomia parziale semplice | 1.194,93 |
| Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia | 2.324,07 |
| Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder | 2.655,32 |
| Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa | 2.489,31 |
| Cistolitotomia (come unico intervento) | 598,23 |
| Cistopessi | 813,20 |
| Cistorrafia per rottura traumatica | 664,02 |
| Cistostomia sovrapubica | 365,67 |
| Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento) | 1.660,05 |
| Diverticulectomia | 1.194,93 |
| Estrofia vescicale (trattamento completo) | 2.821,32 |
| Fistola e/o cisti dell' uraco, intervento per | 1.078,65 |
| Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento) | 780,30 |
| Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per | 2.157,30 |
| Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per | 1.825,29 |

| | |
|--|----------|
| Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo) | 1.991,30 |
| Vescicoplastica antireflusso bilaterale | 1.855,13 |
| Vescicoplastica antireflusso unilaterale | 1.493,28 |

Interventi chirurgici urologia - prostata

| | |
|---|----------|
| Agoaspirato/agobiopsia prostata | 106,34 |
| Cura per affezione della prostata con prostathermer (per ciclo di cura annuale) | 746,64 |
| Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica) | 2.821,32 |
| Prostatectomia sottocapsulare per adenoma | 1.660,05 |

Interventi chirurgici urologia - uretra

| | |
|--|----------|
| Calcoli o corpi estranei, rimozione di | 298,35 |
| Caruncola uretrale | 298,35 |
| Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per | 598,23 |
| Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell' uretra | 746,64 |
| Epispadia e ipospadia balanica e uretroplastica, intervento per | 1.660,05 |
| Epispadia e ipospadia peniena e uretroplastica, intervento per | 1.759,50 |
| Fistole uretrali | 1.261,49 |
| Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali | 1.044,99 |
| Ipospadia scrotale o perineale, intervento per (trattamento completo-plastica) | 1.825,29 |
| Meatotomia e meatoplastica | 398,57 |
| Polipi del meato, coagulazione di | 182,07 |
| Prolasso mucoso uretrale | 398,57 |
| Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena | 996,03 |
| Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa | 1.327,28 |
| Rottura traumatica dell' uretra | 996,03 |
| Terapia rieducativa minzionale (per seduta) | 15,30 |
| Uretrectomia totale | 1.161,27 |
| Uretroplastiche (in un tempo), intervento di | 1.161,27 |
| Uretroplastiche (lambi liberi o pedunculati), trattamento completo | 1.493,28 |
| Uretrostomia perineale | 746,64 |

Interventi chirurgici urologia - apparato genitale maschile

| | |
|---|----------|
| Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento) | 298,35 |
| Cisti del funicolo ed epididimo, exeresi | 598,23 |
| Deferenti, legatura dei (per patologie croniche) | 448,29 |
| Deferenti, ricanalizzazione dei | 996,03 |
| Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia | 1.991,30 |
| Epididimectomia | 813,20 |
| Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per | 489,60 |
| Fistole scrotali o inguinali | 780,30 |
| Frenulotomia e frenuloplastica | 182,07 |
| Funicolo, detorsione del | 813,20 |
| Idrocele, intervento per | 598,23 |
| Idrocele, puntura di | 74,97 |
| Induratio penis plastica | 830,79 |
| Iniezione endocavernosa | 25,25 |
| Interventi di legatura per impotenza da fuga venosa | 1.044,99 |
| Interventi per induratio penis plastica | 1.493,28 |
| Interventi sui corpi cavernosi (corporoplastiche, etc.) | 1.194,93 |
| Orchidopessi monolaterale | 996,03 |

| | |
|---|----------|
| Orchidopessi bilaterale | 1.327,28 |
| Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale | 2.489,31 |
| Orchiectomia sottocapsulare bilaterale | 830,79 |
| Orchiepididimectomia monolaterale con eventuale protesi | 664,02 |
| Orchiepididimectomia bilaterale con eventuale protesi | 1.044,99 |
| Parafimosi, intervento per | 365,67 |
| Pene, amputazione parziale del | 746,64 |
| Pene, amputazione totale con linfadenectomia | 1.493,28 |
| Pene, amputazione totale del | 1.161,27 |
| Pene, rivascolarizzazione per impotenza vasculogenita in microchirurgia | 1.493,28 |
| Posizionamento di protesi peniena | 1.493,28 |
| Priapismo (percutaneo), intervento per | 664,02 |
| Priapismo (shunt), intervento per | 1.112,31 |
| Scroto, resezione dello | 481,19 |
| Traumi del testicolo, intervento di riparazione per | 746,64 |
| Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per | 1.493,28 |
| Varicocele con tecnica microchirurgica | 1.327,28 |
| Varicocele, intervento per | 1.224,00 |

Allegato n. 6

LIVELLI DI INDENNIZZO APPLICATI ALLE CURE ODONTOIATRICHE

| TIPO DI PRESTAZIONE | | ACCESSO ALLE PRESTAZIONI | TARIFFA (€) |
|---------------------------------|---|--|-------------|
| PARTE GENERALE – PARODONTOLOGIA | Visita odontoiatrica | Solo se seguita da piano di trattamento e compresa di eventuali Rx | 42,50 |
| | Rx endorale (per 2 elementi) | | 13,60 |
| | Ortopantomografia | | 29,75 |
| | Teleradiografia | | 51,00 |
| | Levigatura delle radici con courettage gengivale ad emiarcata | Una volta l'anno | 68,00 |
| | Gengivectomia per emiarcata in unica prestazione e relative endorali | Una volta l'anno comprovata da rx prima e dopo | 102,00 |
| | Chirurgia muco-gengivale per emiarcata incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali | Una volta ogni 5 anni comprovata da rx | 255,00 |
| | Innesto autogeno o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) | Una tantum | 221,00 |
| CHIRURGIA | Estrazione di dente o radice | | 51,00 |
| | Estrazione di dente o radice inclusa e relative indorali | Comprovabile da rx | 212,50 |
| | Estrazione di terzo molare in disodontiasi e relative indorali | Comprovabile da rx | 212,50 |
| | Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative indorali | Comprovabile da rx prima e dopo | 255,00 |
| | Rizotomia, compresa rx endorale e relative indorali | Comprovabile da rx prima e dopo | 102,00 |
| | Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – asportazione di epulide o cisti mucose – scappucciamento dell'ottavo – intervento chirurgico preprotetico) e relative indorali | Comprovabile da rx | 102,00 |
| CONSERVATIVA – ENDODONZIA | Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente (se si tratta di otturazione preesistente, rx comprovante il rifacimento dell'otturazione) | Ogni 2 anni | 68,00 |
| | Intarsi in LP o LNP – Inlay e Onlay | Ogni 5 anni | 255,00 |
| | Terapia endodontica ad un canale compresa otturazione del canale e ricostruzione coronale e relative endorali | Comprovate da rx prima e dopo, prestazione non ripetibile | 102,00 |
| | Terapia endodontica a due canali compresa otturazione dei canali e ricostruzione coronale e relative endorali | Comprovate da rx prima e dopo, prestazione non ripetibile | 136,00 |
| | Terapia endodontica a tre o più canali compresa otturazione dei canali e ricostruzione coronale e relative endorali | Comprovate da rx prima e dopo, prestazione non ripetibile | 170,00 |
| GNATOLOGIA | Placca di svincolo o byte plane (da conservare i modelli ed inviarli se richiesti) | Ripetibile annualmente solo se necessità comprovata da invio modelli | 255,00 |
| | Molaggio selettivo | Una tantum | 42,50 |
| | Esame elettromiografico e/o kinesiografico (da inviare con fattura) | Una tantum | 212,50 |

Allegato n. 7

Le prestazioni elencate nel presente tariffario sono riconosciute qualora previste dal Piano Sanitario.

| LIVELLI DI INDENNIZZO APPLICATI ALLE VISITE SPECIALISTICHE | |
|---|---|
| Descrizione Prestazione | Importo Convenzionato in € |
| Visita specialistica AGOPUNTURA | 43,35 |
| Visita specialistica ALLERGOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica ANDROLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica ANESTESIOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica ANGIOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica CARDIOCHIRURGICA | 43,35 |
| Visita specialistica CARDIOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA | 43,35 |
| Visita specialistica CHIRURGIA GENERALE | 43,35 |
| Visita specialistica CHIRURGIA VASCOLARE | 43,35 |
| Visita specialistica DERMATOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica DIABETOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica DIETOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica EMATOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica ENDOCRINOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica FISIATRICA | 43,35 |
| Visita specialistica GASTROENTEROLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica GERIATRICA | 43,35 |
| Visita specialistica GINECOLOGICA/OSTETRICA | 43,35 |
| Visita specialistica IDROLOGIA MEDICA | 43,35 |
| Visita specialistica IMMUNOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica INFETTIVOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica INTERNISTICA | 43,35 |
| Visita specialistica MEDICINA LEGALE | 43,35 |
| Visita specialistica MEDICINA NATURALE | 43,35 |
| Visita specialistica MEDICINA TROPICALE | 43,35 |
| Visita specialistica NEFROLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica NEUROCHIRURGICA | 43,35 |
| Visita specialistica NEUROLOGICA | 43,35 |

| | |
|--|-------|
| Visita specialistica OCULISTICA | 43,35 |
| Visita specialistica ONCOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica ORTOPEDICA | 43,35 |
| Visita specialistica OTORINOLARINGOIATRICA | 43,35 |
| Visita specialistica PEDIATRICA | 43,35 |
| Visita specialistica PNEUMOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica PSICHIATRICA | 43,35 |
| Visita specialistica PSICOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica RADIOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica RADIOTERAPICA | 43,35 |
| Visita specialistica REUMATOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica SENOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica TOSSICOLOGICA | 43,35 |
| Visita specialistica UROLOGICA | 43,35 |

Allegato n. 8

Le prestazioni elencate nel presente tariffario sono riconosciute qualora previste dal Piano Sanitario

LIVELLI DI INDENNIZZO APPLICATI ALLE ANALISI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICHE SPECIALISTICHE

| Descrizione prestazione | Importo convenzionato in € |
|-------------------------|----------------------------|
|-------------------------|----------------------------|

| DIAGNOSTICA DI LABORATORIO | |
|---|-------|
| <u>Esami di laboratorio</u> | |
| 11 corticosteroidi totali | 11,40 |
| 17 Alfa Idrossi Progesterone (10 OHP) | 11,40 |
| 17 idrossicorticosteroidi | 11,40 |
| 17 ketosteroidi | 11,40 |
| 5 idrossindolacetico (5 HIAA) | 8,03 |
| 5 nucleotidasi | 11,40 |
| Acetilcolinesterasi | 4,36 |
| Acetone o acetonuria | 3,67 |
| Acidi biliari | 9,41 |
| Acidi grassi liberi (NEFA) | 7,04 |
| Acido arachidonico | 16,07 |
| Acido citrico urinario | 9,41 |
| Acido delta amino levulinico (ALA) | 7,04 |
| Acido desossiribonucleico nativo (nDNA) | 7,73 |
| Acido ippurico/metilippurico | 6,04 |
| Acido ialuronico (HA) | 16,75 |
| Acido lattico | 4,67 |
| Acido mandelico | 13,77 |
| Acido omovanillico | 11,40 |
| Acido parammino ippurico | 8,03 |
| Acido piruvico o fenilpiruvico | 4,67 |
| Acido sialico | 13,77 |
| Acido valproico | 9,41 |
| Acido vanilmandelico | 11,40 |
| ACTH (ormone corticotropo) | 11,40 |
| Adenosinmonofosfato ciclico (AMPc) | 11,40 |
| ADH (ormone antidiuretico) | 15,45 |
| Agglutinazione per altri ceppi di germi | 3,06 |
| Agglutinazione per pertosse | 3,06 |
| Agglutinine a freddo | 7,42 |
| Ala Deidraasi Eritrocitaria | 5,05 |
| Albumina sierica (o albumin colon test) | 3,37 |
| Albumina 24h (urine) | 7,04 |
| Alcoolimetria | 3,67 |
| Aldolasi sierica (o altri enzimi non specificati) | 3,67 |
| Aldosterone basale | 11,40 |
| Aldosterone clinostatismo o ortostatismo | 11,40 |
| Alfa 1 antitripsina | 7,73 |
| Alfa 1 fetoproteina nel sangue | 9,41 |

| | |
|--|--------|
| Alfa 1 fetoproteina nel liquido amniotico | 11,48 |
| Alfa 1 glicoproteina acida | 8,72 |
| Alfa 1 microglobulina | 13,77 |
| Alfa 2 antiplasmina | 8,42 |
| Alfa 2 macroglobulina | 9,41 |
| Alfa androstenediolo 3Alfa | 8,72 |
| Amilasi isoenzimi (frazione pancreatica) | 8,72 |
| Amilasi sierica o urinaria | 3,67 |
| Aminoacidi, dosaggio singolo | 3,37 |
| Aminoacidi totali (S/U) | 13,77 |
| Ammine aromatiche urinarie (benzolo e derivati e solventi inorganici) | 8,03 |
| Ammoniaca nelle urine | 7,73 |
| Ammonio plasmatico | 7,73 |
| Anaerobiosi, esame colturale in | 3,67 |
| Analisi citogenetica per ricerca di siti fragili, scambi di cromatidi fratelli, patologia da fragilità cromosomica (ciascuna) | 121,56 |
| Analisi citogenetica per studio mosaicismo cromosomico, riarrangiamenti cromosomici indotti (ciascuna) | 115,21 |
| Androstenediolo glucuronide | 12,09 |
| Androstenedione sierico (D4) | 13,77 |
| Anfetamina | 9,41 |
| Angiotensin Converting Enzyme (A.C.E.) | 13,77 |
| Angiotensina I basale | 10,25 |
| Angiotensina I basale e dopo stimolo con furosemide | 20,50 |
| Antiaritmici, dosaggio (Amiodarone, Disopiramide, Flecainide, Lidocaina, Procainamide, etc.) | 11,40 |
| Antibiogramma (almeno 10 antibiotici) | 6,04 |
| Antibiogramma per micobatteri (almeno 3 antibiotici) | 13,77 |
| Antibiotici, dosaggio sierico (amoxicillina, ampicillina, penicillina, gentamicina, kanamicina, netilmicina, streptomycin, vancomicina ed altri) | 11,40 |
| Anticoagulanti acquisiti, ricerca | 4,36 |
| Anticorpi anti adenovirus | 7,73 |
| Anticorpi anti antigeni citoplasmatici (ANCA) | 7,73 |
| Anticorpi anti bordetella pertussis totali o IgG o IgM | 15,45 |
| Anticorpi anti borrelia burgdoferi | 15,45 |
| Anticorpi anti brucella | 13,77 |
| Anticorpi anti canali del calcio | 11,09 |
| Anticorpi anti cardiolipina IgA o IgG o IgM | 15,45 |
| Anticorpi anti cellule parietali gastriche (PCA) | 8,03 |
| Anticorpi anti centromero | 8,42 |
| Anticorpi anti chlamydia | 13,77 |
| Anticorpi anti citomegalovirus Ig totali o IgG o IgM | 12,09 |
| Anticorpi anti citoplasma dei neutrofili (ANCA) | 11,09 |
| Anticorpi anti citrullina | 11,48 |
| Anticorpi anti colon | 15,45 |
| Anticorpi anti dotti salivari | 17,82 |
| Anticorpi anti endomisio | 11,78 |
| Anticorpi anti endotelio | 12,78 |
| Anticorpi anti coxsakie (ciascuna) | 7,73 |
| Anticorpi anti echinococco (echinotest) | 11,40 |
| Anticorpi anti echovirus | 11,40 |

| | |
|---|-------|
| Anticorpi anti Ena | 13,77 |
| Anticorpi anti entoameba o altri parassiti | 11,40 |
| Anticorpi anti Epstein Barr virus IgG e IgM (VCA e/o EBNA e/o EA) | 9,41 |
| Anticorpi anti eritrocitari attivi a freddo (crioagglutinine) | 9,41 |
| Anticorpi anti eritrociti o leucociti o piastrine (test di Dixon diretto o indiretto) ricerca ed eventuale titolo | 10,40 |
| Anticorpi anti fattore intrinseco | 9,41 |
| Anticorpi anti fattore VIII | 11,09 |
| Anticorpi anti gangliosidi | 11,40 |
| Anticorpi anti febbre Q | 9,95 |
| Anticorpi anti Giardia Lamblia | 9,41 |
| Anticorpi anti Gliadina IgA o IgG | 13,77 |
| Anticorpi anti HAV IgG/HAV IgM | 9,03 |
| Anticorpi anti HBcAg o HBcAglgM o HBeAg o HBsAg o HCV | 9,03 |
| Anticorpi anti HDV/HDV IgM | 19,51 |
| Anticorpi anti HEV (virus dell'epatite E) | 19,51 |
| Anticorpi anti HGV/GBV-C (virus dell'epatite G) | 19,51 |
| Anticorpi anti HLA (titolazione per singola specificità) | 28,00 |
| Anticorpi anti Helicobacter Pylori | 13,77 |
| Anticorpi anti herpes virus (Tipo 1 o 2) IgG o IgM | 12,09 |
| Anticorpi anti HIV | 11,40 |
| Anticorpi anti influenza A o B | 7,04 |
| Anticorpi anti insula pancreatica | 19,51 |
| Anticorpi anti insulina (AIAA) | 9,41 |
| Anticorpi anti interferon | 15,45 |
| Anticorpi anti istone | 33,58 |
| Anticorpi anti lattoglobulina IgG | 15,45 |
| Anticorpi anti legionelle | 19,51 |
| Anticorpi anti leishmania | 13,77 |
| Anticorpi anti leptospira | 7,73 |
| Anticorpi anti listeria | 9,41 |
| Anticorpi anti MAG | 11,09 |
| Anticorpi anti membrana basale | 16,75 |
| Anticorpi anti miceti (ricerca) | 7,73 |
| Anticorpi anti micobatteri IgG o IgM | 9,41 |
| Anticorpi anti micoplasmi | 10,40 |
| Anticorpi anti microsomi epatici e renali (LKMA) | 8,03 |
| Anticorpi anti microsomiali (AbTMS) o antiperossidasi (AbTPO) | 17,82 |
| Anticorpi anti mielina | 11,40 |
| Anticorpi anti mitocondri | 13,77 |
| Anticorpi anti morbillo (Ig totali o IgG o IgM) | 11,40 |
| Anticorpi anti muscolo liscio | 11,40 |
| Anticorpi anti muscolo striato (cuore) | 15,45 |
| Anticorpi anti nDNA | 11,40 |
| Anticorpi anti neisseria gonorrea | 12,09 |
| Anticorpi anti nucleo | 11,40 |
| Anticorpi anti organo | 15,45 |
| Anticorpi anti ovaio | 7,42 |
| Anticorpi anti parotite (IgG o IgM) | 11,40 |
| Anticorpi anti parotite Ig totali | 9,41 |
| Anticorpi anti polisaccaride C streptococco B emol. Gr A | 11,40 |
| Anticorpi anti parvovirus B19 | 7,42 |

| | |
|--|-------|
| Anticorpi anti pneumococco | 11,40 |
| Anticorpi anti recettore dell'acetilcolina | 24,48 |
| Anticorpi anti recettori del TSH | 19,51 |
| Anticorpi anti reticolina | 11,78 |
| Anticorpi anti retrovirus (HTLV1 - HTLV2) | 61,43 |
| Anticorpi anti ribosomi | 13,77 |
| Anticorpi anti rickettsie | 9,41 |
| Anticorpi anti RNA | 11,40 |
| Anticorpi anti rosolia (Ig totali o IgG o IgM) | 9,41 |
| Anticorpi anti schistosoma | 9,41 |
| Anticorpi anti spermatozoi | 19,51 |
| Anticorpi anti streptococco (DNAsi B) | 5,74 |
| Anticorpi anti surrene | 7,42 |
| Anticorpi anti tessuto | 17,82 |
| Anticorpi anti testicolo | 13,01 |
| Anticorpi anti tireoglobulina (Abtg) | 7,73 |
| Anticorpi anti tossina del clostridium tetani | 12,09 |
| Anticorpi anti toxocara | 15,45 |
| Anticorpi anti toxoplasma (Ig totali o IgG o IgM o IgA) | 11,40 |
| Anticorpi anti trasglutaminasi tissutale (tTG) | 17,82 |
| Anticorpi anti treponema P (IgG FTA o IgM FTA) | 11,40 |
| Anticorpi anti tripanosoma Cruzi | 11,40 |
| Anticorpi anti varicella Zooster virus (Ig totali o IgG o IgM) | 11,40 |
| Anticorpi anti virus respiratorio sinciziale | 13,77 |
| Anticorpi antiplasmidi | 15,45 |
| Anticorpi sierici anti citoscheletro | 11,78 |
| Altri anticorpi anti | 11,40 |
| Antidepressivi triciclici, dosaggio | 14,46 |
| Antigene Australia (HbsAg) | 9,41 |
| Antigene carboidratico (Ca 125, TA4 o SCC, Ca 72.4, Ca 19.9, Ca 195, AOP) | 11,40 |
| Antigene carboidratico (CyFra 21, NSE, Ca 15.3, Ca 54.9) | 15,45 |
| Antigene carboidratico (MCA, Ca 50) | 24,48 |
| Antigene carcino embrionario (CEA) | 9,41 |
| Antigene Delta (HDV Ag) | 19,51 |
| Antigene e virus epatite B (HB e Ag) | 11,40 |
| Antigene Helicobacter Pylori nelle feci | 13,77 |
| Antigene legionella pneumofila | 10,10 |
| Antigene polipeptico tissutale (TPA) specifico (TPS) | 11,40 |
| Antigene prostatico specifico (PSA) | 11,40 |
| Antigene prostatico specifico libero (Free - PSA) | 19,51 |
| Antigeni batterici cellulari ed extracellulari e/o prodotti metabolici, ricerca ed identificazione | 1,68 |
| Antigeni eritrocitari non RH (ciascuno) | 7,04 |
| Antigeni HLA (ciascuno) | 17,14 |
| Antigeni eritrocitari CD55/CD59 | 16,75 |
| Antigeni virali, ricerca diretta ed identificazione | 10,10 |
| Antimicogramma | 7,04 |
| Antitrombina III | 9,41 |
| Antitromboplastina | 24,48 |
| APC gene (poliposi familiare del colon) | 45,90 |
| Apolipoproteina A e B (ciascuna) | 7,73 |
| Aptoglobine | 7,73 |

| | |
|--|--------|
| Asbestosi, ricerca dei corpuscoli nell'escreato | 5,05 |
| Attivatore tissutale del plasminogeno (tPA) | 18,13 |
| Azotemia | 1,99 |
| Azoto nelle urine delle 24 ore | 2,37 |
| Bacillo di Kock, esame batteriologico o colturale | 11,40 |
| Bacillo difterico, esame colturale | 7,73 |
| Bacillo difterico, esame microscopico | 3,67 |
| Barbiturici | 9,41 |
| Batteri anaerobi, ricerca ed identificazione | 8,03 |
| Batteri, ricerca microscopica | 1,99 |
| Bence Jones, proteina di | 4,05 |
| Benzodiazepine | 11,40 |
| Beta 2 Glicoproteina 1 (SP1) | 11,40 |
| Beta 2 microglobulina urinaria e plasmatica | 11,40 |
| Beta HCG (Gonadotropina corionica o subunità Beta plasmatica e urinaria) | 11,40 |
| Beta tromboglobuline | 24,48 |
| Bicarbonati | 2,68 |
| Bilirubina nel liquido amniotico (curva spettrofotometrica) | 3,67 |
| Bilirubinemia diretta | 3,37 |
| Bilirubinemia totale | 2,37 |
| Biologia molecolare, qualsiasi tipo di ricerca | 53,70 |
| BNP, brain natriuretic peptide | 11,48 |
| Breath test urea per Helicobacter Pylori | 40,62 |
| Breath test all'idrogeno per malassorbimento alimentare | 53,55 |
| Breath test al lattosio per intolleranza al lattosio | 38,25 |
| Broncoaspirato, esame colturale | 9,41 |
| C peptide | 11,40 |
| C peptide dopo carico di glucosio (4 dosaggi) | 30,60 |
| C1 esterasi inibitore | 3,67 |
| Cadmio | 15,45 |
| Calcio nelle urine delle 24 ore | 2,68 |
| Calcio ionizzato | 3,67 |
| Calcitonina | 11,40 |
| Calcoli e concrezioni, esami | 6,04 |
| Calcoli urinari, esame | 4,67 |
| Calprotectina fecale | 11,48 |
| Cam 26 o cam 29 (marcatore tumorale) | 22,49 |
| Cannabinoidi | 14,46 |
| Carbamazepina (dosaggio farmaci) | 11,40 |
| Carbossi emoglobina (Co emoglobina) | 3,67 |
| Cariotipo costituzionale su sangue periferico | 73,21 |
| Cariotipo da aspirato midollare | 99,76 |
| Cariotipo da cellule del trofoblasto coriale | 96,08 |
| Cariotipo da cellule sincronizzate | 103,43 |
| Cariotipo da fibroblasti | 66,48 |
| Cariotipo da linfociti | 66,48 |
| Cariotipo fetale su liquido amniotico | 93,33 |
| Cariotipo su materiale abortivo | 109,78 |
| Carnitina | 9,41 |
| Catecolamine sieriche | 10,40 |
| Catecolamine urinarie (adrenalina o noradrenalina) | 11,40 |
| Catecolamine urinarie totali | 15,45 |

| | |
|---|--------|
| Catene Kappa e Lambda, rapporto delle | 8,03 |
| CBG (proteina legante gli ormoni corticosteroidi o transcortina) | 14,46 |
| CD 95 attivato | 13,77 |
| Cellule L.E. ricerca nel sangue periferico | 5,74 |
| Ceruloplasmina | 9,41 |
| CH 50 | 13,77 |
| Chimotripsina nelle feci + potere triptico | 11,40 |
| Chinidina (dosaggio farmaco cardiattivo) | 11,40 |
| Ciclosporina | 15,45 |
| Cistinuria | 7,73 |
| Clamidia (ricerca ed identificazione) | 13,77 |
| Clostridium difficile (ricerca ed identificazione) | 11,09 |
| Cocaina (droghe d'abuso) | 11,40 |
| Coenzima Q10 | 14,46 |
| Colesterolo esterificato | 3,06 |
| Colesterolo HDL o LDL | 3,37 |
| Colesterolo totale o colesterolemia | 2,68 |
| Colinesterasi (CHE) | 4,36 |
| Colinesterasi con numero di dibucaina | 5,05 |
| Colinesterasi eritrocitaria | 5,74 |
| Collagen Cross Linking | 16,75 |
| Coltura di amniociti | 86,98 |
| Coltura di cellule di altri tessuti | 85,60 |
| Coltura di cellule emopoietiche: BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (ciascuna) | 90,65 |
| Coltura di fibroblasti | 115,90 |
| Coltura di linee cellulari o linfocitarie stabilizzate | 129,97 |
| Coltura di linfociti fetali o periferici | 85,60 |
| Coltura mista linfocitaria | 91,65 |
| Colturali, altri esami non descritti | 9,41 |
| Complemento frazione C1q | 11,40 |
| Complemento frazione C3 | 7,73 |
| Complemento frazione C3 att. | 8,03 |
| Complemento frazione C4 | 8,03 |
| Conservazione di campioni di DNA o RNA | 115,90 |
| Conta di Addis | 3,67 |
| Conteggio degli eosinofili (unico esame) | 2,68 |
| Conteggio dei leucociti (unico esame) | 2,68 |
| Conteggio dei leucociti ed eventuale formula leucocitaria (unico esame) | 2,68 |
| Conteggio delle emazie, emoglobina (unico esame) | 2,68 |
| Conteggio delle piastrine (unico esame) | 2,68 |
| Coproporfirine | 8,03 |
| Corpi chetonici | 0,69 |
| Cortisolo urinario o plasmatico | 11,40 |
| Creatinchinasi (CPK) | 5,05 |
| Creatinchinasi isoenzimi (CPK - MB) | 4,05 |
| Creatinchinasi isoforme | 12,09 |
| Creatinina clearance (compreso dosaggio creatinuria) | 4,67 |
| Creatinina nel liquido amniotico | 2,68 |
| Creatininemia | 2,37 |
| Creatininuria su campione delle 24 h (unico esame) | 4,05 |
| Crioconservazione di colture cellulari (unicamente per trapianto di | 34,68 |

| | |
|---|--------|
| midollo, per patologie in atto) | |
| Crioconservazione di cellule e tessuti (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto) | 38,25 |
| Crioconservazione di cellule staminali (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto) | 335,84 |
| Crioconservazione sospensioni linfocitarie (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto) | 32,21 |
| Crioglobuline (ricerca e dosaggio) | 2,68 |
| Cromatina sessuale o di Barr | 11,40 |
| Cromo, dosaggio | 11,40 |
| Cromogramina sierica | 13,77 |
| Curva glicemica da carico | 8,03 |
| Curva insulinemica da carico dopo test farmacologici | 24,48 |
| Curva LH e FSH dopo somministrazione di GNRH (minimo 5 dosaggi) | 56,76 |
| Curva prolattina dopo somministrazione di TRH | 38,94 |
| Curva TSH dopo stimolo con TRH (minimo 5 dosaggi) | 34,58 |
| D-dimero | 8,72 |
| DNA, analisi di mutazione | 109,17 |
| DNA, analisi di segmenti mediante sequenziamento | 152,16 |
| Deidroepiandrosterone (DEA) o DEAS | 11,40 |
| Desferrioxamina, prova della | 24,48 |
| Determinazione antigeni vari (Kell, Duffy, etc.) | 11,40 |
| Diametro medio e volume delle emazie (unico esame) | 3,06 |
| Digoxina | 11,40 |
| Diidrotosterone (DHT) | 13,77 |
| Dopamina plasmatica o urinaria | 7,73 |
| Elastasi, dosaggio | 14,46 |
| Elettroforesi delle lipoproteine | 6,35 |
| Elettroforesi delle siero proteine (compreso dosaggio proteine totale) | 6,35 |
| Elettroforesi delle proteine urinarie (compreso dosaggio delle proteine totali) | 6,35 |
| Elettroforesi emoglobina | 10,40 |
| Elettroliti: calcio o cloro o fosforo o potassio o sodio (nel sangue e nelle urine) | 1,99 |
| Emazie fetali, ricerca delle | 10,40 |
| Emocoltura | 13,77 |
| Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.) | 5,36 |
| Emofilia A e B | 109,17 |
| Emogasanalisi (PH, PCO2, PO2 e parametri derivati) | 13,77 |
| Emogasanalisi durante respirazione di O2 a bassa o ad alta concentrazione | 13,77 |
| Emogasanalisi prima e dopo iperventilazione | 13,77 |
| Emoglobina A2 | 6,73 |
| Emoglobina fetale (dosaggio) | 6,73 |
| Emoglobina glicosilata HbA1c | 9,03 |
| Emoglobina Hb | 2,68 |
| Emoglobina nel liquido amniotico | 2,68 |
| Emoglobina, ricerca, mutazioni delle catene globiniche | 12,39 |
| Emoglobine anomale (HbS, HbD, HbH, etc.) | 14,08 |
| Emolisina acida (Test di Ham) | 4,67 |
| Emolisina bifasica (Test di Donath-Landstainer) | 3,37 |

| | |
|--|--------|
| Enolasi Neurone Specifica (NSE) | 13,77 |
| Enterobatteri, esame colturale | 9,41 |
| Enzimi leucocitari (markers citochimici) | 7,73 |
| Eparina | 6,04 |
| Eritrociti, dosaggio del sodio o del potassio o del calcio o del magnesio | 1,99 |
| Eritropoietina su siero o urine | 12,09 |
| Espettorato, esame colturale | 13,77 |
| Essudati e trasudati, esame chimico e microscopico (P.S., Rivalta, Dos. Prot.) | 5,05 |
| Estradiolo - 17 beta estradiolo | 11,40 |
| Estriolo | 11,40 |
| Estrogeni totali | 11,40 |
| Estrone | 15,45 |
| Etanolo | 14,46 |
| Etosuccimide (dosaggio farmaco) | 11,40 |
| F.D.P. (X.D.P.) plasmatici o urinari | 8,72 |
| Farmaci antiinfiammatori, dosaggi (Acetaminofene, paracetamolo, salicilati, etc.) | 7,04 |
| Farmaci antitumorali, dosaggio (Ciclofosfamide, metotrexate, etc.) | 9,03 |
| Fattore V di Leiden | 53,63 |
| Fattore V non di Leiden (mutazione) | 51,26 |
| Fattore di Necrosi Tumorale (TNF) | 15,45 |
| Fattore Natriuretico Atriale | 9,03 |
| Fattore piastrinico 4 (PF4) | 11,40 |
| Fattore reumatoide o reumatest | 4,67 |
| Fattore RH, assetto genico | 11,40 |
| Fattori della coagulazione (F, II, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) | 11,40 |
| Feci, esame chimico, microscopico e parassitologico | 6,04 |
| Feci, esame colturale (coprocoltura) | 6,04 |
| Feci, esame parassitologico | 3,67 |
| Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica) | 3,06 |
| Fenilalanina | 2,68 |
| Fenitoina (e altri farmaci antiepilettici - Depakin, Tegretol, Zarontin), dosaggio | 11,40 |
| Fenobarbitale (dosaggio farmaco) | 11,40 |
| Fenoli urinari | 7,04 |
| Fenomeno L.E. | 4,67 |
| Fenotipo RH (compreso Du) | 9,41 |
| Ferritina | 11,09 |
| Ferro urinario | 3,37 |
| Fibrinogeno | 3,67 |
| Fibrinopeptide A | 19,51 |
| Fibronectina | 9,41 |
| Fibrosi cistica (studio delle mutazioni) | 109,17 |
| Flora microbica, esame microscopico | 2,68 |
| Fluoro, dosaggio | 11,40 |
| Fosfatasi acida | 3,37 |
| Fosfatasi acida prostatica (enzimatica) | 3,67 |
| Fosfatasi alcalina | 3,06 |
| Fosfatasi alcalina isoenzimi (anche leucocitaria) | 12,09 |
| Fosfati clearance | 3,44 |
| Fosfo esoso isomerasi (PHI) | 4,67 |
| Fosfolipasi A | 11,40 |

| | |
|--|--------|
| Fosfolipidemia | 3,67 |
| Fragilità cromosomica | 103,43 |
| Free beta/MSA-FP screening (13,2-22,3 sett.) | 109,17 |
| Free beta/PAPP-A screening (8,5-13,2 sett.) | 109,17 |
| Fruttosamina (Proteine glicate) | 6,35 |
| Fruttosio | 4,67 |
| FSH (ormone follicolo stimolante) | 11,09 |
| Galattosilidrossilisina | 20,50 |
| Galattosio | 4,67 |
| Galattosio (prova da carico) | 7,04 |
| Gamma glutamil transpeptidasi (gamma GT) | 3,67 |
| Gamma glutamil transpeptidasi isoenzimi (gamma GT) | 4,21 |
| Gastrina | 13,77 |
| Gastropanel | 45,90 |
| Glicemia | 1,68 |
| Glicoproteina ricca in istidina | 9,03 |
| Glicosuria nelle 24 ore | 3,06 |
| Globulina legante gli ormoni sessuali (SHBG) | 13,77 |
| Globulina legante la tiroxina (TBG) | 13,77 |
| Glucagone | 11,40 |
| Glucosio 6 Fosfato-Deidrogenasi (G 6 PDH) | 7,04 |
| Glucosio nel liquido amniotico | 1,99 |
| Glutammato deidrogenasi (GLDH) | 6,04 |
| Glutazione reductasi | 11,40 |
| Gruppo sanguigno ABO e fattore RH (con 2 anticorpi) | 8,03 |
| HBsAg con titolazione | 15,45 |
| HBV DNA | 22,87 |
| HBV DNA - polimerasi | 22,87 |
| HBV acidi nucleici, ibridazione | 48,73 |
| HCV genotipo | 121,86 |
| HCV Riba | 81,24 |
| HCV RNA qualitativo | 81,24 |
| HCV RNA quantitativo | 93,33 |
| HCV sottotipi | 81,24 |
| HEV RNA sierico | 81,24 |
| HIV RNA sierico | 93,33 |
| HIV qualitativo e/o quantitativo | 74,82 |
| Herpes simplex, ricerca diretta | 9,41 |
| HPL (ormone lattogeno placentare o somatomammotropina) | 11,40 |
| HPV (papillomavirus) | 33,28 |
| HPV tipizzazione sottotipi | 81,24 |
| Ibridizzazione in situ su metafasi, nuclei interfasci, tessuti (FISH) | 164,25 |
| Identificazione di specificità anti HLA contro pannello linfocitario | 84,61 |
| Idrossibutirrato deidrogenasi (HBDH) | 6,04 |
| Idrossiprolina urinaria | 11,40 |
| Idrossitriptamina (Serotonina) | 7,73 |
| IGF-1 o IGF-2 | 13,77 |
| Immuno anti emolisime anti A e/o B | 2,68 |
| Immuno anticorpi anti A e/o B ed eventuale titolazione | 9,41 |
| Immuno complessi circolanti | 11,40 |
| Immuno complessi HBsAg/HBsAb - IgM | 15,45 |
| Immunolettroforesi del siero o delle urine | 19,51 |
| Immunoglobuline A secretorie nella saliva o in altri liquidi biologici | 11,40 |

| | |
|---|--------|
| Immunoglobuline E specifiche (RAST) (qualsiasi numero di dosaggi per alimenti o per inalanti) | 30,60 |
| Immunoglobuline Ig totali o IgA o IgD o IgG o IgM | 8,03 |
| Immunoglobuline IgE totali (PRIST) (qualsiasi numero di dosaggi per alimenti o per inalanti) | 11,40 |
| Immunoglobuline IgG sottoclasse 1, 2, 3, 4 (ciascuna) | 15,15 |
| Immunoglobuline linfocitarie di superficie | 16,14 |
| Inclusioni eritrocitarie | 2,68 |
| Indagini genetiche per atrofie e distrofie muscolari, malattia di Hundigton, sindrome di Angelman o di Prader-Willi | 121,56 |
| Indice di Zoja | 11,40 |
| Inibitore attivatore del plasminogeno (PAI I) | 9,41 |
| Insulina | 11,40 |
| Interferone | 15,45 |
| Interleuchina 2 | 11,86 |
| Intradermo reazione di Casoni | 7,73 |
| Intradermoreazione alla tubercolina (Tine Test) | 4,67 |
| Intradermoreazione con PPD, candida, streptochinasi e MUMPS (ciascuna) | 5,36 |
| Iodio | 6,35 |
| Isocitrato deidrogenasi sierica (ICDH) | 6,04 |
| Latte: esame chimico e microscopico | 7,73 |
| Lattico deidrogenasi (LDH) | 3,67 |
| Lattico deidrogenasi isoenzimi | 6,35 |
| Lattosio | 4,67 |
| LE test | 4,67 |
| Leucin Aril Peptidasi (LAP) | 6,04 |
| Levodopa | 7,04 |
| LH | 11,40 |
| Lipasi | 6,04 |
| Lipemia | 3,67 |
| Lipoproteina A | 15,45 |
| Lipoproteina X | 11,40 |
| Liquido amniotico, esame colturale | 13,77 |
| Liquido amniotico, fosfolipidi o rapporto lecitina/sfingomielina | 14,08 |
| Liquido cefalo rachidiano, esame chimico, microscopico e morfologico | 8,03 |
| Liquido cefalo-rachidiano, esame colturale | 13,77 |
| Liquido seminale, esame colturale | 10,40 |
| Liquido seminale, esame con indice di fertilità e determinazioni biochimiche | 11,40 |
| Liquido sinoviale, esame chimico, fisico e microscopico | 2,37 |
| Lisozima | 7,42 |
| Litio | 3,06 |
| LSD | 14,46 |
| Lupus anti coagulante (LAC) | 6,04 |
| Magnesio s/u | 3,67 |
| Malato deidrogenasi sierica (MDH) | 6,04 |
| Manganese | 13,77 |
| Meconio - esame | 3,67 |
| Melanuria | 7,73 |
| Mercurio | 11,40 |
| Metadone | 9,41 |
| Metaemoglobina o solfoemoglobina | 6,35 |

| | |
|--|--------|
| Metanefrine urinarie | 11,40 |
| Miceti, esame colturale (compresa ricerca ed identificazione) | 11,40 |
| Micoplasmi urogenitali (ricerca ed identificazione) | 15,45 |
| Microalbuminuria, clinostatismo o ortostatismo | 7,04 |
| Microarray, cDNA- screening genetico in pazienti oncologici (qualsiasi numero di determinazioni) | 344,25 |
| Microarray proteomico per IgE specifiche (qualsiasi numero di determinazioni) | 91,80 |
| Midollo osseo, esame colturale | 13,77 |
| Midollo osseo, esame per apposizione e/o striscio (caratterizzazione di cellule patologiche con reazioni citochimiche e citoenzimatiche) | 20,50 |
| Mioglobina (dosaggio) | 11,40 |
| Monomeri solubili di fibrina (FS test) | 7,04 |
| Mononucleosi (Monotest) | 4,67 |
| Mucopolisaccaridi urinari (glicosamminoglicani) | 11,40 |
| Mucoprotidemia | 6,04 |
| Neopterina | 15,45 |
| Nitrati urinari | 4,67 |
| Noradrenalina plasmatica | 15,45 |
| Noradrenalina urinaria | 9,41 |
| Omocisteina | 13,08 |
| Omocisteina Mutaz. MTHFR | 51,26 |
| Opiacei (droghe d'abuso) | 11,40 |
| Ornitiil carbamil trasferasi (OCT) | 7,04 |
| Osmolarità plasmatica o urinaria | 7,04 |
| Ossalati | 11,40 |
| Ossitocina | 11,40 |
| Osteocalcina | 11,40 |
| Pannello di Torch (tox, cito, rubeo, herpes) IgG o IgM | 38,70 |
| PAP (marcatore tumorale) | 11,40 |
| Parassita malarico o altri parassiti nel sangue | 3,67 |
| Paratormone (PTH) | 11,40 |
| Paratormone related peptide | 6,04 |
| PCA3 | 30,60 |
| Peli e squame cutanee, esame per micosi | 2,68 |
| Pepsinogeno I | 11,40 |
| PH ematico (unico esame) | 9,41 |
| Phadiatop | 8,72 |
| Piombo | 11,40 |
| Piridinolina (HP) - Deossipiridinolina (LP) - ciascuna | 11,40 |
| Piruvatokinasi eritrocitaria | 7,73 |
| Plasmina sierica | 9,41 |
| Plasminogeno | 9,41 |
| Polipeptide intestinale vasoattivo (VIP) | 5,74 |
| Polipeptide pancreatico sierico (PP) | 5,74 |
| Porfirine, ricerca qualitativa e quantitativa | 13,08 |
| Porfirine, totali | 6,04 |
| Porfobilinogeno urinario | 8,03 |
| Prealbumina plasmatica | 4,21 |
| Pregnandiolo | 11,40 |
| Pregnantriolo | 11,40 |
| Primidone (dosaggio farmaco) | 11,40 |

| | |
|---|--------|
| Procalcitonina | 11,40 |
| Progesterone | 11,40 |
| Prolattina (PRL) | 11,40 |
| Prostaglandina | 12,09 |
| Proteina C anticoagulante | 8,72 |
| Proteina C plasmatica | 8,03 |
| Proteina C reattiva (qualitativa e/o quantitativa) | 3,37 |
| Proteina cationica degli eosinofili (ECP) | 22,49 |
| Proteina di Waldestrom | 3,37 |
| Proteina S antigene plasmatica, libera o totale | 10,40 |
| Proteine totali nel liquido amniotico | 3,06 |
| Proteine urinarie (dosaggio) | 3,06 |
| Proteinemia totale | 3,06 |
| Protoporfirina IX eritrocitaria | 7,42 |
| Protoporfirine totali | 7,42 |
| Protrombina, frammenti 1, 2 | 4,36 |
| Protrombina, mutazioni | 45,90 |
| Prova crociata di compatibilità trasfusionale | 8,03 |
| Prova crociata piastrinica | 6,04 |
| Prova da carico con amminoacidi | 6,35 |
| Prova da carico vitamina K | 6,35 |
| Prova di compatibilità molecolare pre-trapianto | 114,83 |
| Prova di compatibilità sierologica pre-trapianto | 51,03 |
| Prove emogeniche (tempo di stillicidio, tempo di coagulazione, fragilità capillare, etc.) | 3,67 |
| Purine e loro metaboliti | 10,40 |
| Rame (cupremia) | 4,67 |
| Reazione di Paul-Bunnell | 3,67 |
| Reazione di Waaler-Rose | 5,05 |
| Reazione di Wasserman | 7,04 |
| Reazione di Wasserman + 2 reazioni di flocculazione | 8,03 |
| Reazione immunologica di gravidanza | 3,67 |
| Recettori degli estrogeni o del progesterone, dosaggio | 14,46 |
| Renina o angiotensina II | 11,40 |
| Resistenze osmotiche eritrocitarie (test di Simmel) | 4,67 |
| Reticolociti, conteggio (unico esame) | 2,68 |
| Retrazione del coagulo | 1,99 |
| Ricerca rosette E | 7,73 |
| Rotavirus, ricerca nelle feci | 5,36 |
| Salicilato | 7,73 |
| Schema di Arneth (unico esame) | 1,99 |
| Scotch test (ricerca uova ossiuri) | 4,67 |
| Screening per anemia falciforme | 109,17 |
| Screening per talassemia Tay Sachs | 109,17 |
| Sideremia | 3,37 |
| Solfati urinari | 8,03 |
| Somatomedina | 13,77 |
| Somatostatina | 11,40 |
| Sorbitolo deidrogenasi | 5,05 |
| Sostanza amiloide, ricerca | 3,37 |
| Spirocheta, esame microscopico | 3,67 |
| Stafilococchi e streptococchi, esame colturale | 4,67 |
| STH (ormone somatotropo plasmatico o urinario) | 11,40 |

| | |
|--|-------|
| Streptozyme, test | 7,04 |
| Succo duodenale, esame chimico e microscopico | 11,40 |
| Succo gastrico, esame chimico e microscopico | 11,40 |
| T3 reverse | 11,40 |
| T3 uptake | 11,40 |
| Tampone auricolare (monolaterale), esame colturale | 13,77 |
| Tampone congiuntivale (monolaterale), esame colturale | 13,77 |
| Tampone nasale, esame colturale | 13,77 |
| Tampone orofaringeo, esame colturale | 7,04 |
| Tampone uretrale, esame colturale | 11,40 |
| Tampone vaginale, esame colturale | 11,40 |
| Telopectidi | 16,75 |
| Tempo di consumo di protrombina | 3,06 |
| Tempo di lisi del coagulo o fibrinolisi | 6,04 |
| Tempo di lisi euglobulinica | 2,68 |
| Tempo di protrombina (PT) | 3,06 |
| Tempo di protrombina parziale (PTT) | 3,06 |
| Tempo di protrombina residua | 7,73 |
| Tempo di ricalcificazione (Howell) | 3,67 |
| Tempo di trombina (TT) | 3,67 |
| Tempo di tromboplastina attivata (aPTT) | 5,74 |
| Teofillina | 11,40 |
| Test alla Bromocriptina | 26,55 |
| Test alla metacolina | 38,94 |
| Test alla secretina | 38,94 |
| Test alla Tolbutamide | 38,94 |
| Test del sudore, stimolo con pilocarpina (dosaggio cloro, sodio e potassio) | 7,42 |
| Test di adesività piastrinica | 9,41 |
| Test di aggregazione piastrinica | 7,04 |
| Test di autoemolisi | 4,67 |
| Test di HAM | 4,67 |
| Test di Kleihauer (ricerca di emazie fetali) | 2,68 |
| Test di Coombs Moreschi diretto | 4,67 |
| Test di Coombs Moreschi indiretto | 6,73 |
| Test di Kweim (sarcoidosi) | 7,73 |
| Test di falcizzazione | 3,37 |
| Test di Little-Katz (leucocituria dopo predivisione) | 2,37 |
| Test di Nelson Mayer o di immobilizzazione | 11,40 |
| Test di Nordin | 16,14 |
| Test di resistenza alla proteina C attivata | 8,72 |
| Test di Stamey | 5,74 |
| Test di stimolazione di STH (GH) - 5 dosaggi | 34,58 |
| Test di stimolazione con ACTH (o test al Synacthen) rapido (tre dosaggi) | 28,92 |
| Test di stimolazione linfocitaria (fitoemoagglutinazione o altro) - blastogenesi | 22,49 |
| Testosterone libero | 11,40 |
| Test di Thorn con stimolo con ACTH | 14,46 |
| Testosterone plasmatico o urinario | 11,40 |
| Tipizzazione antigeni A-B-0 | 6,35 |
| Tipizzazione biochimica o sierologica di germi o salmonelle | 9,41 |
| Tipizzazione di cellule emopoietiche (fino a 6 antigeni) | 10,71 |

| | |
|---|--------|
| Tipizzazione genomica HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DP, HLA-DQ, HLA-DR - ciascuna | 75,81 |
| Tipizzazione genomica HLA-DPA1, HLA-DPB1, HLA-DQA1, HLA-DQB1, HLA-DRB (1, 3, 4, 5) - ciascuna | 164,55 |
| Tipizzazione linfocitaria (qualsiasi numero di sottopopolazioni) | 65,18 |
| Tipizzazione sierologica HLA classe I e II | 150,09 |
| Tireoglobulina | 9,03 |
| Tiroxina libera (FT4) | 9,03 |
| Tiroxina totale (T4) | 9,03 |
| Titolo anti stafilolisinico (TAF) | 3,37 |
| Titolo anti streptochinasico | 5,74 |
| Titolo anti streptojaluronidasico | 5,74 |
| Titolo anti streptolisinico (TAS o ASLO) | 5,74 |
| TPHA | 5,74 |
| Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) o gluttammico piruvica (GPT) | 2,37 |
| Transcobalamina | 14,53 |
| Transferrina (capacità ferro legante) | 4,67 |
| Transferrina carboidrato carente (CDT) | 8,80 |
| Transferrina totale | 7,73 |
| Transglutaminasi tissutale (tTG) | 13,77 |
| Trichomonas: ricerca | 4,67 |
| Trigliceridi | 3,37 |
| Triiodotironina libera o totale (FT3 o T3) | 10,10 |
| Triiodotironina uptake (T3 uptake) | 9,49 |
| Tripsina s/u | 9,41 |
| Tritest o bitest | 40,62 |
| Trombina - Antitrombina III complesso (TAT) | 2,68 |
| Trombina coagulasi | 2,68 |
| Tromboelastogramma | 7,42 |
| Trombossano B2 | 5,36 |
| Troponina I o T cardio specifico | 16,14 |
| TSH (ormone tireotropo) | 9,41 |
| Urati clearance | 3,83 |
| Urea, clearance | 3,06 |
| Uricemia | 2,37 |
| Uricuria nelle 24 ore | 2,68 |
| Urine, esame chimico e microscopico completo | 2,68 |
| Urine, esame parziale (acetone e glucosio quant.) | 1,38 |
| Urine: prova di concentrazione e/o diluizione (come unico esame) | 2,52 |
| Urinocoltura | 9,03 |
| Uroporfirine | 8,03 |
| Valore ematocrito (unico esame) | 0,99 |
| VDRL | 3,06 |
| Velocità di sedimentazione delle emazie | 1,99 |
| Vibrione colerico nelle feci (ricerca diretta) | 5,36 |
| Virus esame colturale | 27,23 |
| Virus ibridazione acidi nucleici | 56,07 |
| Virus respiratorio sinciziale (ricerca diretta) | 14,54 |
| Viscosità ematica | 25,55 |
| Viscosità plasmatica | 6,04 |
| Vitamina A (retinolo) | 11,40 |
| Vitamina B12 o Folati (acido folico) | 11,40 |

| | |
|--|--------|
| Vitamina B6 | 11,48 |
| Vitamina D (1-25 OH) | 15,45 |
| Vitamina D3 (25 OH Vit. D3) | 15,45 |
| Vitamine liposolubili o idrosolubili, dosaggio plasmatico | 10,10 |
| Weil-Felix, (tifo petecchiale) agglutinazione per | 7,73 |
| Western Blot - Test di conferma per infezioni virali | 101,75 |
| Widal (tifo e paratifo A e B), agglutinazione per | 9,41 |
| Widal-Wright (tifo, paratifo e melitense), agglutinazione per | 6,04 |
| Xilosio | 9,41 |
| Zinco (o altri metalli non specificati - alluminio, nichel, selenio, etc.), dosaggio | 6,35 |
| Zincoprotoporfirina | 8,42 |

| Esami cito/istologici/immunoistochimici | |
|---|--------|
| Citologico (striscio) per ricerca batteriologica vaginale (unico esame) | 11,48 |
| Citologico per diagnostica ormonale | 7,65 |
| Citologico per diagnostica tumorale (broncoaspirato, espettorato, liquidi sinoviali o liquidi biologici, salvo urine) | 36,72 |
| Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test) o citologico endocervicale - più striscio batteriologico vaginale | 15,30 |
| Citologico per diagnostica tumorale urine (1 campione) | 23,72 |
| Citologico per diagnostica tumorale urine (3 campioni) | 42,84 |
| Citologico su agoaspirati mammari, tiroidei o linfoghiandolari | 38,25 |
| Citologico testicolare | 23,72 |
| Immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche, per singolo anticorpo usato (citocheratina, vimentina, EMA, S-100, HMB45, GFAP-1) | 32,90 |
| Immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche: ogni anticorpo successivo al primo | 17,60 |
| Immunofenotipo di popolazioni linfocitarie per diagnosi di linfoma | 160,65 |
| Immunoistochimica su paraffina: estrogeni o progesterone o indici di proliferazione cellulare | 33,66 |
| Istologico (1 per parte anatomica o neoformazione) | 42,08 |
| Istologico, ogni inclusione in più | 17,60 |
| Istologico durante intervento (estemporaneo) (1 per parte anatomica o neoformazione) | 107,10 |
| Istologico durante intervento (estemporaneo) (ogni inclusione in più) | 29,07 |

| Prelievi | |
|---|-------|
| Prelievo arterioso a domicilio | 19,13 |
| Prelievo venoso o capillare a domicilio | 11,48 |
| Prelievo di succo duodenale | 23,72 |
| Prelievo di succo gastrico | 19,89 |
| Prelievo prostatico a domicilio | 21,42 |
| Prelievo rettale a domicilio | 13,77 |
| Prelievo secrezione uretrale o vaginale a domicilio | 13,77 |

| DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | |
|---|-------|
| Esami radiologici | |
| Rx Addome: esame diretto | 29,07 |
| Rx Apparato genitale femminile, esame diretto | 29,07 |
| Rx Apparato genitale maschile, esame diretto | 29,07 |

| | |
|---|--------|
| Rx Apparato urinario, esame diretto | 29,07 |
| Rx Arti ed articolazioni: omero, gomito, avambraccio, femore, ginocchio, gamba, anca | 27,54 |
| Rx Arti ed articolazioni: polso, mano, caviglia, piede, dita | 22,95 |
| Rx Arti inferiori sotto carico con bacino | 62,73 |
| Rx Articolazione temporo-mandibolare, esame diretto | 26,01 |
| Artrografia | 91,80 |
| Artrografia articolazione temporo-mandibolare monolaterale | 68,85 |
| Artrografia articolazione temporo-mandibolare bilaterale (comparativa) | 95,63 |
| Rx Bacino | 27,54 |
| Broncografia, monolaterale o bilaterale | 130,05 |
| Cavernosografia | 91,80 |
| Cavernosografia con manometria | 133,88 |
| Cistografia | 68,85 |
| Cistografia con doppio contrasto | 80,33 |
| Cistouretrografia minzionale | 103,28 |
| Rx Clavicola | 27,54 |
| Clisma opaco con doppio contrasto | 102,51 |
| Colangiografia attraverso tubo di Kehr o post operatoria | 53,55 |
| Colangiografia endovenosa (con eventuali prove farmacologiche) | 91,80 |
| Colangiografia intra operatoria | 95,63 |
| Colangiografia percutanea | 221,85 |
| Colangiografia retrograda | 153,00 |
| Colangiopancreatografia diagnostica (ERCP Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography) | 306,00 |
| Colecistografia per os con o senza prova di Bronner | 53,55 |
| Rx Colonna vertebrale cervicale, dorsale, lombosacrale, sacrococcigea (per tratto) | 30,60 |
| Rx Colonna vertebrale completa | 61,20 |
| Rx Colonna vertebrale completa piu' bacino sotto carico | 68,85 |
| Rx Colonna vertebrale, esame morfodinamico (per tratto) | 27,54 |
| Colpo-cisto-defecografia | 114,75 |
| Rx Corpi estranei, localizzazione | 27,54 |
| Rx Cranio e/o seni paranasali | 33,66 |
| Dacriocistografia | 91,80 |
| Defecografia | 91,80 |
| Derivazioni liquorali, controllo radiologico | 19,89 |
| Determinazione diametri pelvici | 27,54 |
| Rx Emimandibola | 22,19 |
| Esame radiologico a domicilio del paziente (oltre l'esame) | 84,15 |
| Esame radiologico a letto del paziente (oltre l'esame) - in regime di ricovero notturno | 34,43 |
| Esame radiologico in sala operatoria (oltre l'esame) | 42,08 |
| Rx Esofago con contrasto opaco | 45,90 |
| Rx Esofago con doppio contrasto | 53,55 |
| Età ossea (mano e polso o ginocchio, etc.) | 18,36 |
| Rx Faringe: esame diretto | 22,95 |
| Rx Faringografia opaca | 61,20 |
| Fistolografia | 87,98 |
| Rx Forami ottici | 29,07 |
| Galattografia | 91,80 |
| Rx Ghiandole salivari, esame diretto | 29,07 |
| Rx Ginocchio sotto carico | 27,54 |

| | |
|---|--------|
| Isterosalpingografia (compreso esame diretto) - compresa prestazione del radiologo/ginecologo | 114,75 |
| Rx Laringe, esame diretto | 25,25 |
| Rx Laringografia opaca | 68,85 |
| Mammografia monolaterale | 42,84 |
| Mammografia bilaterale | 58,91 |
| Rx Mastoide | 30,60 |
| Mielografia cervicale o dorsale | 137,70 |
| Rx Orbita, esame diretto | 27,54 |
| Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie | 21,42 |
| Rx Ossa nasali, esame diretto | 27,54 |
| Rx Piedi sotto carico | 32,13 |
| Pielografia retrograda monolaterale | 91,80 |
| Pielografia retrograda bilaterale | 114,75 |
| Pielografia transpielostomica | 57,38 |
| Pielouretrografia percutanea | 153,00 |
| Pneumocistografia mammaria | 137,70 |
| Radicolografia | 137,70 |
| Rx Regione vescicale, esame diretto | 29,07 |
| Rx Rocche petrose | 27,54 |
| Rx Rotula | 22,95 |
| Rx Rotula assiali a 30°, 60°, 90° | 42,08 |
| Rx Scapola | 25,25 |
| Rx Scheletro toracico costale monolaterale | 29,07 |
| Rx Scheletro toracico costale bilaterale | 43,61 |
| Scialografia | 70,38 |
| Rx Sella turcica, esame diretto | 22,95 |
| Rx Spalla | 25,25 |
| Rx Spalla sotto carico | 30,60 |
| Rx Sterno | 29,07 |
| Rx Stomaco con doppio contrasto | 84,15 |
| Rx Stomaco, duodeno | 58,91 |
| Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., monolaterale | 49,73 |
| Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., bilaterale | 61,20 |
| Stratigrafia a riposo della laringe e con fonazione | 61,20 |
| Stratigrafia del mediastino | 61,20 |
| Stratigrafia del torace, monolaterale | 61,20 |
| Stratigrafia del torace, bilaterale | 68,85 |
| Stratigrafia di qualsiasi distretto o segmento anatomico, salvo i casi descritti | 59,67 |
| Studio dei tempi di transito intestinale | 84,15 |
| Studio selettivo ultima ansa | 38,25 |
| Telecuore con esofago baritato | 35,96 |
| Teleradiografia del cranio (qualsiasi numero di proiezioni) | 29,84 |
| Rx Tenue a doppio contrasto con studio selettivo | 153,00 |
| Rx Tenue, esame seriato | 107,10 |
| Rx Tessuti molli, esame diretto | 29,07 |
| Rx Tiroide, esame diretto | 29,07 |
| Rx Tiroide, esofagogramma cervicale | 34,43 |
| Rx Torace tradizionale o equalizzato e/o telecuore | 26,78 |
| Rx Trachea, esame diretto | 18,36 |
| Rx Tubo digerente: prime vie (esofago, stomaco, duodeno) | 79,56 |
| Rx Tubo digerente: seconde vie (tenue, colon) | 65,03 |

| | |
|---|--------|
| Rx Tubo digerente: completo (esofago, stomaco, duodeno, tenue, colon) | 114,75 |
| Uretrocistografia ascendente e minzionale | 103,28 |
| Urografia (esame completo) | 153,00 |
| Rx Vasi, esame diretto | 22,95 |
| Vescicolo deferentografia | 166,01 |

| Stratigrafia | |
|--|-------|
| Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., monolaterale | 49,73 |
| Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., bilaterale | 61,20 |
| Stratigrafia a riposo della laringe e con fonazione | 61,20 |
| Stratigrafia del mediastino | 61,20 |
| Stratigrafia del torace, monolaterale | 61,20 |
| Stratigrafia del torace, bilaterale | 68,85 |
| Stratigrafia di qualsiasi distretto o segmento anatomico, salvo i casi descritti | 59,67 |

| Angiografia | |
|--|---------|
| Angiografia carotidea o vertebrale intracranio | 612,00 |
| Angiografia midollare (1 distretto) | 397,80 |
| Angiografia midollare (2 distretti) | 558,45 |
| Angiografia midollare (3 distretti o completa) | 634,95 |
| Arteriografia aorta addominale o aorta toracica | 650,25 |
| Arteriografia aorta addominale + arteriografia selettiva | 841,50 |
| Arteriografia aorta addominale + iliaca ed arti inferiori | 841,50 |
| Arteriografia arco aortico e vasi epiaortici | 589,05 |
| Arteriografia arco aortico, vasi epiaortici e aorta toracica (compresi arti superiori) | 711,45 |
| Arteriografia arto inferiore monolaterale (unico esame) | 382,50 |
| Arteriografia iliaca e arterie femorali compresi arti inferiori | 650,25 |
| Arteriografia polmonare | 474,30 |
| Arteriografia polmonare e cavografia | 481,95 |
| Arteriografia total body dell'aorta (distretto sopraortico-toracico-addominale) | 994,50 |
| Cavografia inferiore o superiore | 481,95 |
| Controllo TIPS | 290,70 |
| Flebografia arti superiori e cavografia | 481,95 |
| Flebografia arti superiori o inferiori | 275,40 |
| Flebografia dell'orbita | 198,90 |
| Flebografia di un arto | 198,90 |
| Flebografia ovarica monolaterale | 229,50 |
| Flebografia ovarica bilaterale | 393,98 |
| Flebografia spermatica monolaterale | 393,98 |
| Flebografia spermatica bilaterale | 474,30 |
| Flebografia spinale | 328,95 |
| Linfografia | 229,50 |
| Panangiografia cerebrale | 1300,50 |

| Ecografia – Doppler – ecodoppler – colordoppler | |
|---|--------|
| Ecografia Addominale inferiore-pelvi (esame completo) | 48,96 |
| Ecografia Addominale superiore (esame completo) | 58,91 |
| Ecografia Addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo) | 68,85 |
| Ecografia Ciclo ovulatorio (fino ad 8 esami) | 175,95 |

| | |
|--|--------|
| Ecocardiogramma doppler o colordoppler transesofageo | 195,08 |
| Ecocardiogramma M Mode 2D | 58,14 |
| Ecocardiocolordoppler fetale | 84,15 |
| Ecocardiogramma M Mode 2D doppler e colordoppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress) | 91,80 |
| Ecocardiogramma M Mode 2D e doppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress) | 76,50 |
| Ecografia endobronchiale | 512,55 |
| Ecografia flussimetrica in gravidanza (non si somma alla normale ecografia in gravidanza) | 68,85 |
| Ecografia morfologica in gravidanza (non si somma alla normale ecografia in gravidanza) | 68,85 |
| Ecografia intraoperatoria per qualsiasi intervento | 68,85 |
| Ecografia intravascolare (IVUS) per qualsiasi intervento | 573,75 |
| Ecografia - Esame in gravidanza anche gemellare (qualsiasi settimana) | 53,55 |
| Ecografia in gravidanza con translucenza nucale | 103,28 |
| Fegato e vie biliari - Ghiandole salivari bilaterali - Grossi vasi - Intestinale - Linfonodi mono/bilaterali Mammaria monolaterale o bilaterale - Mediastinica o emitoracica - Milza - Muscolare, tendinea o articolare - Oculare e Orbitaria- Pancreatica - Parti molli - Pelvica (utero, annessi e vescica) - Peniena - Prostatica e vescicale, sovrapubica - Renale e surrenale bilaterale - Testicolare (bilaterale) - Tiroidea e paratiroidea - Vescicale (compreso eventuale uso del mezzo di contrasto) | 39,78 |
| Esame ecografico a letto del paziente (oltre l'esame) - in regime di ricovero notturno | 34,43 |
| Isterosonosalpingografia o sonosalpingografia (compreso mezzo di contrasto) | 91,80 |
| Ecografia prostatica e vescicale o anale e rettale, transrettale | 61,20 |
| Ecografia Renale, surrenale bilaterale e vescica | 47,43 |
| Ecografia Scrotale ed inguinale per ricerca testicolo ritenuto | 58,91 |
| Ecografia Transesofagea per gastroenterologia | 114,75 |
| Ecografia Transfontanellare encefalica | 61,20 |
| Ecografia Transvaginale con eventuale colordoppler | 49,73 |
| Ecografia Vescicale perminzionale o intracavitaria transuretrale | 76,50 |
| Arti superiori o inferiori (bilaterale) : Doppler | 41,31 |
| Arti superiori o inferiori (bilaterale) : EcoDoppler | 53,55 |
| Arti superiori o inferiori (bilaterale): ecocolor Doppler | 70,38 |
| Arti superiori e inferiori (quattro arti): doppler | 57,38 |
| Arti superiori e inferiori (quattro arti): ecodoppler | 72,68 |
| Arti superiori e inferiori (quattro arti): ecocolor Doppler | 84,15 |
| EcocolorDoppler di qualsiasi altro distretto o segmento vascolare arterioso-venoso non descritto | 61,20 |
| Fibroscan (compresa ecografia epatica) | 53,55 |
| Penieno o testicolare: doppler | 49,73 |
| Penieno o testicolare: ecodoppler | 66,56 |
| Penieno o testicolare: ecocolor Doppler | 74,21 |
| Tiroide: EcocolorDoppler | 61,20 |
| Transcranico completo: ecodoppler | 53,55 |
| Transcranico completo: ecocolor Doppler | 72,68 |
| Doppler - ecodoppler - ecocolor Doppler Transcranico completo con analisi spettrale | 45,90 |
| Tronchi sovraortici: doppler | 49,73 |
| Tronchi sovraortici: ecodoppler | 59,67 |

| | |
|--------------------------------------|-------|
| Tronchi sovraortici: ecocolordoppler | 68,85 |
| Viscerale: doppler | 34,43 |
| Viscerale: ecodoppler | 61,20 |
| Viscerale: ecocolordoppler | 65,03 |

| Densitometria mineralometria ossea (MOC) | |
|---|-------|
| Densitometria lombare con T.C. | 57,38 |
| Densitometria total body | 57,38 |
| Mineralometria ossea computerizzata (un segmento o tratto) | 39,78 |
| Mineralometria ossea computerizzata (più segmenti o total body) | 57,38 |

| Tomografia computerizzata (TAC) | |
|--|--------|
| Uso di qualsiasi mezzo di contrasto | 59,67 |
| Angio T.C. di qualsiasi distretto - a distretto vascolare con eventuale ricostruzione 3D - salvo i casi descritti | 160,65 |
| Angio T.C. aorta addominale | 160,65 |
| Angio T.C. aorta addominale e arterie arti inferiori | 160,65 |
| Angio T.C. aorta toracica | 160,65 |
| Angio T.C. aorta toracica e addominale | 160,65 |
| Angio T.C. arterie renali o vasi splancnici | 160,65 |
| Angio T.C. di 1 o 2 arti superiori o inferiori | 160,65 |
| Angio T.C. circolo endocranico | 160,65 |
| Angio T.C. del cuore | 160,65 |
| Angio T.C. delle arterie coronarie | 160,65 |
| Angio T.C. torace (arterie o vene polmonari) | 160,65 |
| Angio T.C. tronchi sovraortici (di 1 o 2 tronchi sovraortici) | 160,65 |
| Artrotac o T.C. distretti articolari/segmenti ossei | 114,75 |
| Broncoscopia virtuale (eseguita con TC più ricostruzione 3d più endoscopia virtuale) | 138,47 |
| Colonscopia virtuale (eseguita con TC più ricostruzione 3d più endoscopia virtuale) | 191,25 |
| Dentascan o Tomografia volumetrica a fascio conico: 1 arcata | 97,16 |
| Dentascan o Tomografia volumetrica a fascio conico: 2 arcate | 133,88 |
| Mielo T.C.: 1 tratto colonna vertebrale | 206,55 |
| Mielo T.C.: 2 tratti colonna vertebrale | 252,45 |
| Mielo T.C.: 3 tratti colonna vertebrale | 351,90 |
| O.C.T. - Tomografia a coerenza ottica | 107,10 |
| Scialo-TC | 114,75 |
| T.C. addome inferiore per endoscopia virtuale della vescica | 191,25 |
| T.C. addome superiore e inferiore - pelvi | 191,25 |
| T.C. bacino e sacro | 122,40 |
| T.C. colonna vertebrale: 1 segmento con un minimo di 3 spazi intersomatici | 122,40 |
| T.C. colonna vertebrale: 2 segmenti (cervicale e dorsale o lombosacrale e sacrococcigeo) | 160,65 |
| T.C. colonna vertebrale: 3 segmenti (cervicale e dorsale e lombosacrale o sacrococcigeo) | 202,73 |
| T.C. cranio e/o orbite o T.C. cranio e/o sella turcica o T.C. cranio e/o rocche petrose o T.C. cranio e/o mastoidi | 114,75 |
| TC mascellare con elaborazione computerizzata superiore o inferiore (VITREA) | 114,75 |
| T.C. torace o addome superiore o inferiore - pelvi | 138,47 |
| T.C. total body: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi | 306,00 |

| | |
|--|--------|
| Uro - T.C. | 137,70 |
| TAC/PET - compreso radioisotopo ed eventuale trasporto | 573,75 |

| Risonanza Magnetica | |
|--|--------|
| Uso di qualsiasi mezzo di contrasto | 59,67 |
| Angio R.M. (qualsiasi distretto vascolare - a distretto, salvo i casi descritti) | 275,40 |
| Angio R.M. circolo endocranico | 275,40 |
| Angio R.M. di 1 o 2 arti superiori o inferiori | 275,40 |
| Angio R.M. tronchi sovraortici (di 1 o 2 tronchi sovraortici) | 275,40 |
| ATM monolaterale | 175,95 |
| Cine R.M. come studio funzionale di articolazioni | 344,25 |
| Colangio e/o Wirsung RMN | 217,26 |
| R.M. addome superiore e inferiore - pelvi | 256,28 |
| R.M. addome superiore o inferiore - pelvi | 214,20 |
| R.M. articolazione ed 1 segmento osseo (ginocchio - spalla - gomito - collo piede - etc.) | 145,35 |
| R.M. ogni articolazione e segmento osseo oltre al primo | 63,50 |
| R.M. bacino o collo o laringe o faringe o cranio o ipofisi o nervi acustici o mammella bilaterale o massiccio facciale o torace e mediastino | 183,60 |
| R.M. cuore | 275,40 |
| R.M. con bobina transrettale, compresa spettroscopia | 214,20 |
| R.M. fetale | 214,20 |
| R.M. rachide e midollo spinale (1 tratto) | 183,60 |
| R.M. rachide e midollo spinale (2 tratti) | 275,40 |
| R.M. rachide e midollo spinale (3 tratti) | 336,60 |
| R.M. Total body: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi | 382,50 |
| Scialo-R.M. | 183,60 |
| Studio dei flussi liquorali cerebrali | 367,20 |
| Uro-R.M. | 214,20 |

| Medicina Nucleare apparato circolatorio | |
|--|--------|
| Angiocardiografia di primo passaggio | 76,50 |
| Angiocardiografia all'equilibrio | 99,45 |
| Angioscintigrafia distretti arteriosi o venosi | 80,33 |
| Scintigrafia del miocardio a riposo (SPECT) | 179,78 |
| Scintigrafia del miocardio a riposo (planare) | 153,00 |
| Scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (PET) | 573,75 |
| Scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (planare) | 283,05 |
| Scintigrafia del miocardio per l'identificazione del miocardio vitale mediante reiniezione | 153,00 |
| Scinti o tomo scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (SPECT) | 313,65 |
| Studio della funzione ventricolare globale e regionale (GATED-SPECT) | 91,80 |

| Medicina Nucleare apparato digerente | |
|--|--------|
| Octeoscan | 459,00 |
| Ricerca di mucosa gastrica ectopica | 61,20 |
| Scintigrafia delle ghiandole salivari | 51,26 |
| Studio scintigrafico del transito esofago-gastro-duodenale | 114,75 |
| Valutazione delle gastro enterorragie | 80,33 |

| Medicina Nucleare apparato ematopoietico | |
|---|--------|
| Determinazione del tempo di sopravvivenza delle emazie | 89,85 |
| Determinazione del volume plasmatico e del volume eritrocitario | 128,27 |
| Determinazione della cinetica piastrinica | 128,27 |
| Determinazione dell'assorbimento intestinale della vitamina B12 (test di Schilling) | 43,38 |
| Linfoscintigrafia segmentaria | 24,17 |
| Misura dell'assorbimento o della permeabilità intestinale | 48,95 |
| Studio completo della ferrocinetica | 48,95 |

| Medicina Nucleare apparato osteoarticolare | |
|--|--------|
| Scintigrafia globale corporea (PET) | 726,75 |
| Scintigrafia globale scheletrica | 126,23 |
| Scintigrafia ossea o articolare polifasica segmentaria | 84,15 |
| Scintigrafia ossea o articolare segmentaria | 73,44 |

| Medicina Nucleare apparato respiratorio | |
|--|--------|
| Scintigrafia polmonare con indicatore positivo | 130,05 |
| Scintigrafia polmonare perfusionale (planare) | 91,80 |
| Scintigrafia polmonare perfusionale (SPECT) | 91,80 |
| Scintigrafia polmonare ventilatoria | 175,95 |

| Medicina Nucleare apparato urinario | |
|--|--------|
| Cistoscintigrafia diretta | 65,03 |
| Scintigrafia renale con DMSA (planare) | 65,03 |
| Scintigrafia renale con DMSA (SPECT) | 76,50 |
| Scintigrafia renale sequenziale con tracc. a rapida escrezione ed elaborazione e valutazione parametri semiquantitativi e/o quantitativi e misura del filtrato glomerulare | 141,53 |

| Medicina Nucleare Fegato - vie biliari - milza | |
|---|--------|
| Scintigrafia epatica (SPECT) | 137,70 |
| Scintigrafia epatica con indicatore positivo (planare) | 107,10 |
| Scintigrafia epatica con indicatore positivo (SPECT) | 145,35 |
| Scintigrafia epato-biliare sequenziale | 91,80 |
| Scintigrafia epatosplenica (planare) | 91,80 |
| Scintigrafia epatosplenica con flussimetria e clearance kuppferiana | 107,10 |
| Scintigrafia splenica con emazie autologhe | 61,20 |

| Medicina Nucleare sistema nervoso | |
|--|--------|
| Scintigrafia cerebrale (planare) | 91,80 |
| Scintigrafia cerebrale (SPECT) | 237,15 |
| Scintigrafia cerebrale planare con angioscintigrafia | 95,63 |
| Scintigrafia cerebrale qualitativa (PET) | 481,95 |
| Scintigrafia cerebrale quantitativa (PET) | 627,30 |
| Scintigrafia del midollo osseo corporeo totale | 65,03 |

| Medicina Nucleare tiroide e paratiroide | |
|--|--------|
| Captazione tiroidea | 45,90 |
| Scintigrafia delle paratiroidi (inclusa scintigrafia tiroidea) | 137,70 |
| Scintigrafia tiroidea | 68,85 |

| | |
|---|--------|
| Scintigrafia tiroidea con indicatore positivo | 153,00 |
| Scintigrafia globale corporea per ricerca metastasi tumori tiroidei | 122,40 |

| Medicina nucleare (scintigrafia) Altri organi | |
|--|--------|
| Immunoscintigrafia | 390,15 |
| Ricerca di focolai flogistici con leucociti autologhi marcati | 306,00 |
| Ricerca linfonodo sentinella (chirurgia radioguidata) (compresa prestazione del medico nucleare-radiologo) | 244,80 |
| Scintigrafia dell'apparato genitale maschile | 118,58 |
| Scintigrafia globale corporea per localizzazione neoplastica con indicatori positivi | 283,05 |
| Scintigrafia mammaria bilaterale | 130,05 |
| Scintigrafia surrenale | 244,80 |
| TAC/PET - compreso radioisotopo ed eventuale trasporto | 573,75 |

| DIAGNOSTICA STRUMENTALE SPECIALISTICA | |
|---|-------|
| Diagnostica strumentale allergologia - test in vivo | |
| Immunoterapia specifica iniettiva o immunoterapia specifica con veleno di imenotteri | 8,42 |
| Patch test - serie GIRDCA (a lettura immediata - qualsiasi numero di apteni) | 49,73 |
| Prick test per inalanti ed alimenti (a lettura immediata - qualsiasi numero di allergeni) o Prick test ed intradermoreazioni scalari per veleno di imenotteri | 38,25 |
| Test di provocazione congiuntivale allergene specifico o nasale allergene specifico o bronchiale allergene specifico (qualsiasi numero di allergene) o bronchiale aspecifico (metacolina, istamina, etc.) | 26,78 |
| Test di tolleranza iniettivo per anestetici locali o anestetici generali (qualsiasi numero di farmaci) o per betalattamine (con catene laterali o per penicilline) o per altri farmaci | 42,84 |
| Test di tolleranza orale per farmaci (qualsiasi numero di farmaci) o per alimenti (qualsiasi numero di alimenti) o per additivi alimentari e farmacologici (qualsiasi numero di additivi) | 26,78 |

| Diagnostica strumentale cardiologia | |
|---|--------|
| Cardiotocografia (come unico esame) | 26,01 |
| Cardiotocografia (durante la visita) | 22,95 |
| E.C.G. di base | 22,95 |
| E.C.G. di base e dopo sforzo (test di Master) | 53,55 |
| E.C.G. di base e dopo sforzo Treadmill | 53,55 |
| E.C.G. dinamico secondo Holter (24 h) | 76,50 |
| E.C.G. domiciliare | 36,72 |
| Monitoraggio della pressione arteriosa dinamico continuo (24 h) | 76,50 |
| Studio elettrofisiologico transesofageo diagnostico o terapeutico | 237,15 |
| Test ergometrico (prova da sforzo con cicloergometro o al tappeto rotante) compreso onorario professionale | 76,50 |
| Test ergometrico (prova da sforzo con cicloergometro o al tappeto rotante) con determinazione consumo di O2 compreso onorario professionale | 87,98 |
| Tilt test | 114,75 |

| Diagnostica strumentale neurologia | |
|---|--------|
| Brain mapping | 76,50 |
| Cura del sonno (terapia completa) | 198,90 |

| | |
|--|--------|
| Elettroencefalogramma | 52,02 |
| Elettroencefalogramma con sonno farmacologico | 107,10 |
| Elettroencefalogramma dinamico 24 ore | 183,60 |
| Elettroencefalogramma (monitoraggio intraoperatorio) | 229,50 |
| Elettromiografia completa senza distinzione di segmento | 53,55 |
| Elettroencefalografia con velocità di conduzione motoria e sensitiva (per arto) | 22,95 |
| Elettroshock con narcosi e spasmolisi (ogni applicazione) | 76,50 |
| Esame elettrodiagnostico cronassimetrico (per arto) | 13,77 |
| Esame elettrodiagnostico semplice (per arto) | 13,77 |
| Polifisiografia del sonno (1 ciclo) | 99,45 |
| Polifisiografia del sonno (intera notte) | 145,35 |
| Potenziali evocati (Baers - Pes - Pev) | 52,02 |
| Potenziali evocati motori per stimolazione magnetica corticale | 52,02 |
| Potenziali evocati multimodali | 91,80 |
| Shock insulinico | 59,67 |
| Shock con altri mezzi medicamentosi | 30,60 |
| Studio neurofisiologico del pavimento pelvico | 107,10 |
| Studio riflessologico del tronco dell'encefalo (blink-reflex, riflessi mandibolari e studio dei periodi silenti massetere) | 49,73 |
| Test afasie (diagnostica delle afasie) | 61,20 |
| Test alla L-dopa per diagnosi di M. di Parkinson | 76,50 |
| Test di Desmedt (o di stimolazione ripetitiva) per miastenia gravis | 53,55 |

Diagnostica strumentale oculistica (effettuata da medico specialista oculista)

| | |
|--|--------|
| Biometria ottica no-contact (interferometria laser) | 68,85 |
| Biomicroscopia ad ultrasuoni (UBM) | 34,43 |
| Campimetria cinetica o statica - perimetria | 36,72 |
| Campimetria computerizzata (VCP) | 41,31 |
| Conta cellule endoteliali (salvo i casi descritti) | 30,60 |
| Ecobiometria (cristallino) | 34,43 |
| Elettromiografia | 53,55 |
| Elettroistagmografia | 43,61 |
| Elettrooculogramma | 45,90 |
| Elettroretinogramma | 45,90 |
| Esame ortottico completo (ortottista) | 34,43 |
| Esercizi ortottici (a seduta) (ortottista) | 19,13 |
| Fluorangiografia del segmento anteriore | 107,10 |
| Fluorangiografia della retina con fluorescina | 107,10 |
| Fluorangiografia della retina con verde indocianina | 130,05 |
| Fluorangioscopia, angioscopia del segmento anteriore, tempo di circolo della fluorescina | 86,45 |
| Fotografia del fondo o del segmento anteriore a colori o bianco e nero | 18,36 |
| Heidelberg retina tomography (oftalmoscopia laser confocale) con analisi morfometrica del nervo ottico | 76,50 |
| GDX (scanning laser polarimetria retinica) | 38,25 |
| Gonioscopia | 14,54 |
| Microperimetria | 41,31 |
| Oftalmodinamometria | 17,60 |
| Pachimetria corneale | 30,60 |
| Potenziali evocati visivi | 51,26 |
| Pupillografia | 22,95 |

| | |
|---|-------|
| Retinografia | 22,95 |
| Retinoscopia | 80,33 |
| S.C.O. (esame del disco ottico e delle fibre nervose retiniche) | 45,90 |
| Tonografia e test di provocazione | 26,78 |
| Tonometria, orbitotonometria (se unico atto medico; diversamente compreso nella visita) | 26,78 |
| Topografia corneale | 42,84 |
| Valutazione flusso ematico oculare (OBF) | 38,25 |
| Valutazione nictoemerale pressione oculare (curva tonometrica) | 40,55 |

| Diagnostica strumentale otorinolaringoiatria | |
|---|-------|
| Acufenometria | 11,48 |
| Elettrococleografia (ecog) | 68,85 |
| Esame audiometrico per adattamento protesico | 19,89 |
| Esame audiometrico tonale e vocale | 23,72 |
| Esame foniatrico (logopedista) | 31,37 |
| Esame vestibolare con registrazione V.N.G. (video nistagmografia) | 39,78 |
| Esame vestibolare con registrazione V.N.S. (video nistagmoscopia) | 39,78 |
| Esame vestibolare con registrazione V.N.S. (video nistagmoscopia) e V.N.G. (video nistagmografia) | 65,03 |
| Esame vestibolare con stimolazione pendolare | 32,90 |
| Esame vestibolare con stimolazione rotatoria | 44,37 |
| Esame vestibolare con stimolazione termica | 25,25 |
| Esame vestibolare con stimolazione termica e rotatoria | 45,90 |
| Esame vestibolare con stimolazione termica, pendolare e rotatoria | 49,73 |
| Esercizi foniatrici (a seduta) (logopedista) | 16,83 |
| Gustometria | 7,65 |
| Impedenzometria | 19,13 |
| Insufflazioni endotimpaniche (non eseguite in stabilimenti termali) | 7,65 |
| Irrigazioni nasali (non eseguite in stabilimenti termali) | 5,36 |
| Manovre liberatorie per canalicoliti | 19,89 |
| Olfattometria | 19,89 |
| Potenziali evocati acustici | 47,43 |
| Rinomanometria (anteriore e posteriore) | 30,60 |
| Sleep endoscopy per roncopia | 22,95 |
| Stabilometria dinamica | 45,90 |
| Stabilometria statica | 22,95 |

| Diagnostica strumentale pneumologia | |
|---|-------|
| Aerosolterapia (non eseguite in stabilimenti termali) | 5,36 |
| Broncoistillazione-broncoaspirazione | 30,60 |
| Capnografia | 16,07 |
| Compliance polmonare statica e dinamica | 51,26 |
| Esercizi respiratori ed altre procedure (drenaggio) (a seduta) | 9,95 |
| Ossimetria arteriosa (PaO ₂ o SaO ₂) | 22,95 |
| Pletismografia corporea (misura VGT, resistenze, volumetria) | 53,55 |
| Pletismografia induttiva toracica | 34,43 |
| Pneumotacografia (curva flusso-volume) (unica prova) | 22,95 |
| Pneumotacografia di base e dopo test di broncocostrizione/dilatazione (unica prova) | 39,78 |
| Respirazione a pressione positiva intermittente | 5,36 |
| Spirometria semplice (con vitalograph) | 28,31 |

| | |
|---|-------|
| Spirometria con prova da sforzo | 38,25 |
| Spirometria con prova da sforzo e test di diffusione | 61,20 |
| Spirometria con prova da sforzo ed ossimetria continua | 61,20 |
| Spirometria con test di diffusione e coefficiente di duttanza polmonare | 38,25 |
| Spirometria con test farmaco-dinamici | 61,20 |
| Spirometria con volume residuo | 31,37 |
| Spirometria separata (broncospirometria) | 91,80 |
| Test di diffusione in "steady state" | 22,95 |
| Test di diffusione in respiro singolo | 22,95 |
| Test di diffusione sotto sforzo | 38,25 |
| Test di duttanza polmonare | 30,60 |
| Titolazione CPAP/BPAP | 34,43 |
| Ventiloterapia (a seduta) | 13,01 |

Allegato n. 9

Le prestazioni elencate nel presente tariffario sono riconosciute qualora previste dal Piano Sanitario.

LENTI E MATERIALI OTTICI

LIVELLI DI INDENNIZZO APPLICATI ALLE LENTI E MATERIALI OTTICI

| Descrizione prestazione | Importo convenzionato in € |
|-------------------------|----------------------------|
|-------------------------|----------------------------|

LENTI E MATERIALI OTTICI

| | |
|---|--------|
| Giornaliere 30 lenti | 14,45 |
| Giornaliere 90 lenti | 38,25 |
| Giornaliere toriche 30 lenti | 19,55 |
| Giornaliere toriche 90 lenti | 51,00 |
| Settimanali 6 lenti | 16,15 |
| Mensili 1 lente | 5,10 |
| Mensili 3 lenti | 12,75 |
| Mensili 6 lenti | 22,95 |
| Mensili toriche 3 lenti | 29,75 |
| Mensili toriche 6 lenti | 59,50 |
| Morbide annuali (alla coppia) | 63,75 |
| Morbide annuali toriche (alla coppia) | 153,00 |
| Rigide (alla coppia) | 170,00 |
| L.a.c. gas-permeabili | 107,10 |
| Cosmetiche mensili (alla coppia) | 18,70 |
| Soluzione salina | 1,70 |
| Perossido | 0,35 |
| Soluzione unica | 4,25 |
| Detergente | 5,95 |
| Collirio | 5,95 |
| Enzimi | 8,50 |
| Lenti organiche bianche | 17,85 |
| Lenti organiche antiriflesso | 45,05 |
| Lenti organiche 1,67 ar | 68,85 |
| Lenti organiche 1,74 ar | 132,60 |
| Lenti lantano ar | 97,75 |
| Lenti progressive | 127,50 |
| Lente oftalmica materiale infrangibile | 17,00 |
| Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio | 21,25 |
| Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso | 35,70 |
| Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio | 59,50 |

| | |
|--|--------|
| Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso | 85,00 |
| Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione | 89,25 |
| Transitions VI 1,5 antigraffio | 59,50 |
| Transitions VI 1,5 antiriflesso | 80,75 |
| Transitions VI 1,6 antigraffio | 80,75 |
| Transitions VI 1,6 antiriflesso | 106,25 |
| Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio | 93,50 |
| Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso | 123,25 |
| Monofocale in vetro non trattata | 17,00 |
| Monofocale in vetro trattata con antiriflesso | 34,00 |
| Monofocale in vetro fotocromatico non trattata | 29,75 |
| Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso | 42,50 |
| Monofocale in vetro 1,6 non trattata | 25,50 |
| Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso | 42,50 |
| Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata | 42,50 |
| Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso | 59,50 |
| Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata | 38,25 |
| Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso | 55,25 |
| Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso | 127,50 |
| Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso | 170,00 |
| Montatura celluloide e/o metallo | 76,50 |
| Montatura glosant (a giorno) | 110,50 |

ALLEGATO 10: Lista delle Strutture “TOP”

ROMA

Casa di Cura Villa Margherita

Casa di Cura Paideia S.p.A.

Casa di Cura Mater Dei S.p.A.

Casa di Cura Pio XI

Fondazione Santa Lucia

CDC Villa Mafalda

MILANO

Casa di Cura La Madonnina S.p.A..

Istituto Nazionale Tumori

Humanitas Mirasole S.p.A.. (Istituto Clinico Humanitas)

Istituto Europeo di Oncologia

Istituto Cardiologico Monzino

TORINO

Casa di Cura Sedes Sapientiae

Casa di Cura Fornaca

BERGAMO

Humanitas Gavazzeni

VARESE

Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata S.p.A.

GENOVA

Villa Montallegro

ALLEGATO 11: Lista Équipe "TOP"

| N. | COGNOME | NOME | CITTA' | SPECIALITA' |
|-----------|---------------------|------------------|---------------|---|
| 1 | ALEANDRI | VINCENZO | ROMA | GINECOLOGIA E OSTETRICIA |
| 2 | ANGIOLI | ROBERTO | ROMA | GINECOLOGIA E OSTETRICIA |
| 3 | BARILLARI | PAOLO | ROMA | CHIRURGIA GENERALE |
| 4 | BENECH | FRANCO | TORINO | NEUROCHIRURGIA |
| 5 | BENEDETTI PANICI | PIERLUIGI | ROMA | GINECOLOGIA E OSTETRICIA |
| 6 | CHIARIELLO | LUIGI | ROMA | CARDIOCHIRURGIA |
| 7 | COLAO | FERNANDO | FIRENZE | ORTOPEDIA |
| 8 | COLLETTI | VITTORIO | VERONA/MILANO | ORL |
| 9 | COPPOLA | ROBERTO | ROMA | CHIRURGIA |
| 10 | CAMPISI | CORRADINO | GENOVA | CHIRURGIA DEI VASI LINFATICI |
| 11 | CUCCINIELLO | CARMINE | MILANO | ORTOPEDIA |
| 12 | DANARO | VINCENZO | ROMA | ORTOPEDIA |
| 13 | DELITALA | ALBERTO | ROMA | NEUROCHIRURGIA |
| 14 | DERACO | MARCELLO | MILANO | CHIRURGIA ONCOLOGICA |
| 15 | DEVITA | ROY | ROMA | CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA (MAMMELLA) |
| 16 | FACCILOLO | FRANCESCO | ROMA | CHIRURGIA TORACICA |
| 17 | FIORANELLI | MASSIMO | ROMA | CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA |
| 18 | GALLUCCI | MICHELE | ROMA | UROLOGIA |
| 19 | GOTTARELLI | PAOLO | BOLOGNA | CHIRURGIA PLASTICA |
| 20 | LEO | ERMANNIO | MILANO | CHIRURGIA COLORETTALE |
| 21 | MAIRA | GIULIO | ROMA | NEUROCHIRURGIA |
| 22 | MEANI | ENZO | MILANO | ORTOPEDIA |
| 23 | NERONI | MASSIMILIANO | ROMA | NEUROCHIRURGIA |
| 24 | PIREDDA | ALESSIO | ROMA | GINECOLOGIA E OSTETRICIA |
| 25 | POZZI | GIUSEPPE | ROMA | CHIRURGIA MININVASIVA |
| 26 | POZZI | GIUSEPPE | ROMA | SURGICAL EXCELLENCE & HEALTHCARE (ulteriore specialità) |
| 27 | ROMAGNOLI | SERGIO | MILANO | ORTOPEDIA |
| 28 | SANTINI | MASSIMO | ROMA | CARDIOLOGIA |
| 29 | SCAMBIA | GIOVANNI | ROMA | GINECOLOGIA E OSTETRICIA |
| 30 | SCIARRETTA | FABIO VALERIO | ROMA | ORTOPEDIA |
| 31 | SEMPRINI | AUGUSTO | MILANO | GINECOLOGIA E OSTETRICIA |
| 32 | SPRIANO | GIUSEPPE | ROMA | ORL |
| 33 | TICOZZI | PAOLO | MILANO | GINECOLOGIA E OSTETRICIA |

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel. +39 0422 062700 – Fax: +39 0422 1745025
direzionecommerciale@rbmsalute.it

Sede Secondaria:
Via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)
Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702
Internet: www.rbmsalute.it - E-Mail: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 160.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).