



Piani Sanitari 2024 – 2025

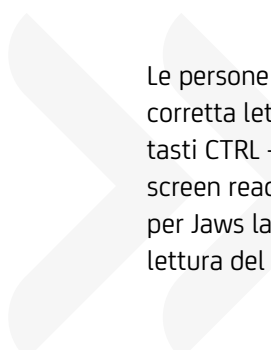


Prospetto di sintesi: polizza “Base”, “Base+”,
“Standard”

Piani Sanitari 2024 – 2025

I piani sanitari in oggetto sono **polizze malattia/infortuni**, la cui finalità è quella di indennizzare gli assicurati dalle spese che dovessero sostenere per curare o accertare una patologia, presunta o conclamata.

È sempre necessario che ciascuna richiesta di indennizzo sia accompagnata da documentazione medica da cui si possa evincere la diagnosi, o il sospetto diagnostico, che ha reso necessaria la prestazione (non è sufficiente l'indicazione del solo sintomo). Fanno eccezione le prestazioni contemplate nell'Area Prevenzione.



Le persone ipovedenti che utilizzano uno screen reader (es. Jaws), per fruire di una corretta lettura dei dati riportati nelle tabelle, possono utilizzare la combinazione tasti CTRL + ALT + frecce direzionali, o possono avvalersi della guida in linea dello screen reader richiamabile con la combinazione tasti “tasto caldo” + F1 F1 (es. per Jaws la combinazione tasti Insert + F1 F1) per conoscere tutti gli aiuti per la lettura del documento.

Le prestazioni descritte nel documento possono essere usufruite dagli assistiti, con applicazione di condizioni differenziate, con le seguenti modalità:

Forma diretta in rete

Presso strutture/specialisti facenti parte della Rete Convenzionata e previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa.

Forma indiretta fuori rete

Presso altre strutture/specialisti non facenti parte della Rete Convenzionata o per prestazioni non convenzionate.

Forma mista

Applicabile per le sole prestazioni dell'Area Ricovero, effettuate presso strutture facenti parte della Rete Convenzionata (accessibili in forma diretta), ma con equipe medica e/o prestazione non in convenzione (spese rimborsabili in forma indiretta).

S.S.N.

Presso strutture del servizio sanitario pubblico con pagamento del ticket, quando previsto.

Il presente documento **non sostituisce la fonte normativa contrattuale delle garanzie sanitarie che è costituita dalla polizza**, da consultare preventivamente prima di accedere alle prestazioni, con particolare attenzione alle eventuali “**esclusioni**” di copertura. Si rammenta che nel **Regolamento di Adesione** sono specificate le polizze spettanti

Nei prospetti sono evidenziate le caratteristiche delle coperture previste per le **3 polizze** riservate ai pensionati. Le prestazioni sono raggruppate in 4 aree:



Ricoveri

Prestazioni attinenti a ricoveri
- con o senza intervento - in casa
di cura, day hospital o ambulatorio



Specialistica

Visite, accertamenti diagnostici
e altre prestazioni specialistiche



Prevenzione

Prestazioni attinenti il controllo
della salute



Prestazioni Aggiuntive

Prestazioni di diversa natura
riconducibili all'ambito sanitario



Questa icona, presente nelle singole aree, indica prestazioni sanitarie che supportano la maternità e la famiglia.

Penalizzazione

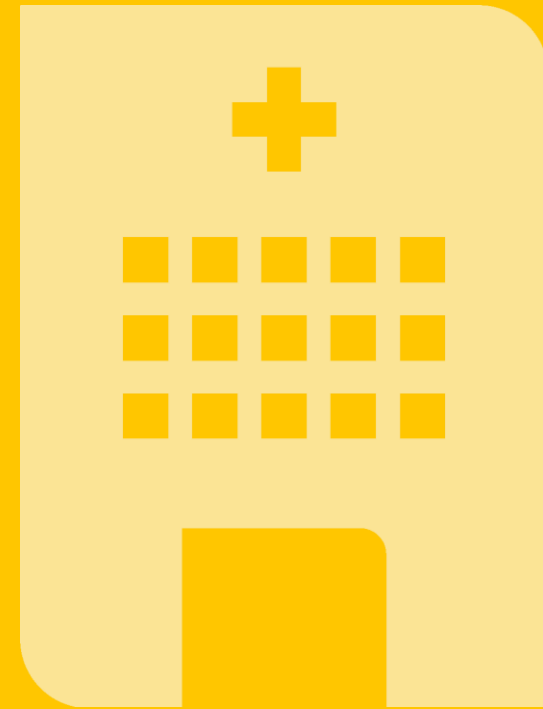
In caso di accesso in forma indiretta presso strutture/professionisti convenzionati accessibili in forma diretta presso le cliniche TOP è prevista la maggiorazione della franchigia ([cfr. elenco Cliniche Top](#)).

La penalizzazione non si applica all'Area Ricovero.

Durante il c.d. "periodo transitorio", tale maggiorazione non sarà applicata alle prestazioni che non siano già accessibili in forma diretta dal 1.1.2024.



Area Ricoveri



Prestazioni attinenti a ricoveri - con o senza intervento -
in casa di cura, day hospital o ambulatorio

Ricoveri con intervento chirurgico



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali ed endoprotesi; medicine, accertamenti diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure. Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”) Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali ed endoprotesi; medicine, accertamenti diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure. Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”) Assistenza infermieristica individuale: max. 30 gg. per evento / € 50 g	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali ed endoprotesi; medicine, accertamenti diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”) Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg., trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 120 gg		
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri; No Rete: € 200 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri; No Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri; No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 3.000 No Rete: 25% minimo € 4.000	Rete: € 3.000 No Rete: 30% minimo € 4.000	Rete: € 3.100 No Rete: 25% minimo € 4.000

NOTE

Nel caso di trapianto, sono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto del donatore

Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell’ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell’ambito della garanzia “Area Specialistica”

⁽¹⁾Trattamenti fisioterapici e rieducativi: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria

Per gli interventi chirurgici con plafond cfr. apposito elenco

Ricoveri con intervento chirurgico a scopo ricostruttivo



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI DURANTE	Spese di ricovero a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro laterale, compreso supporto psicologico		
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 90 gg.		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 90 gg.		
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Senza alcuna limitazione giornaliera (non sono comprese le spese voluttuarie)		
MASSIMALE	€ 5.000 anno/nucleo (sottomassimale)		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 1.000 No Rete: 20% minimo € 1.000		
NOTE	Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"		

Ricoveri senza intervento chirurgico (ricovero medico*)



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI DURANTE	Assistenza medica ed infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure, accertamenti diagnostici, prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”) Assistenza infermieristica individuale: max. 5 gg. per evento / € 50 gg.		
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ , cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.		
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 200 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 2.500 No Rete: 25% minimo € 3.500	Rete: € 1.000 No Rete: 30% minimo € 3.500	Rete: € 1.100 No Rete: 20% minimo € 3.500

NOTE Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell’ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell’ambito della garanzia “Area Specialistica”.

⁽¹⁾ Trattamenti fisioterapici e rieducativi: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria.

^(*) Limite massimo di 5 giorni di ricovero per un massimo di n. 3 ricoveri anno/persona, superati i quali non è previsto alcun indennizzo.

Inoltre, il ricovero medico è escluso se effettuato a scopo diagnostico e per diagnosi pre-intervento chirurgico

Ricoveri senza intervento chirurgico per gravi eventi morbosi



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI DURANTE	Assistenza medica ed infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure, accertamenti diagnostici, prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”) Assistenza infermieristica individuale: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.		
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ , cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.		
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 200 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 25% minimo € 1.750	Rete: € 500 No Rete: 25% minimo € 1.750	Rete: € 500 No Rete: 20% minimo € 1.750

NOTE

Cfr. “Elenco Gravi Eventi Morbosi”

Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell’ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell’ambito della garanzia “Area Specialistica”

⁽¹⁾ Trattamenti fisioterapici e rieducativi: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria.



Elenco ricoveri senza intervento chirurgico per gravi eventi morbosi

A. INFARTO MIOCARDICO ACUTO

B. INSUFFICIENZA CARDIACA O RESPIRATORIA

che presenti contemporaneamente almeno due delle seguenti manifestazioni:

- dispnea
- edemi declivi
- aritmia
- angina instabile
- edema o stasi polmonare
- ipossiemia

C. NEOPLASIA MALIGNA

istologicamente documentata

D. DIABETE

complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- ulcere torpide
- decubiti
- neuropatie
- vasculopatie periferiche
- infezioni urogenitali o sovrinfezioni
- retinopatia
- chetoacidosi
- coma diabetico

E. GRAVI TRAUMATISMI

– con o senza intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni. L'immobilizzazione consiste nella applicazione di un apparecchio non amovibile dal paziente e/o per divieto di carico dell'arto

F. USTIONI DI SECONDO GRADO

con estensione pari almeno al 20% del corpo

G. VASCULOPATIA ACUTA

a carattere ischemico o emorragico cerebrale

H. SCLEROSI A PLACCHE

con un deficit funzionale significativo (3-4 scala EDSS)

I. SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

J. STATO DI COMA

K. PARAPLEGIA E/O TETRAPLEGIA

L. MALATTIA DI ALZHEIMER

allo stadio 5 o superiore della scala di Reisberg certificata da UVA (Unità Valutativa Alzheimer) di struttura neurologica pubblica;

M. MORBO DI PARKINSON

allo stadio 3 o superiore della scala di Hoehn & Yahr, certificata da struttura neurologica pubblica;

N. OSTEOMIELE

O. INFEZIONI GRAVI, INFEZIONI POST-OPERATORIE O POST-TRAUMATICHE

P. GRAVI EVENTI MORBOSI "SIMILARI" PER TIPOLOGIA, EVENTO, DIAGNOSI E CURA A QUELLI INDICATI DALLA LETTERA A) ALLA LETTERA H)

Ricoveri senza intervento chirurgico per riabilitazione post chirurgica



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI DURANTE	Assistenza medica ed infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure, accertamenti diagnostici, prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”) Assistenza infermieristica individuale: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.		
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ , cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.		
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 200 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 25% minimo € 1.750	Rete: € 500 No Rete: 25% minimo € 1.750	Rete: € 500 No Rete: 20% minimo € 1.750
NOTE	Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell’ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell’ambito della garanzia “Area Specialistica” ⁽¹⁾ Trattamenti fisioterapici e rieducativi): rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria. Per ricoveri per Riabilitazione Post Chirurgica di Lunga Degenza consultare il punto successivo.		

Ricoveri senza intervento chirurgico per lunga degenza



	Base	Base+	Standard
CONDIZIONI	<p>Ricovero medico in degenza riabilitativa per il recupero e/o il miglioramento delle condizioni fisiche dell'assistito mediante trattamenti medici e/o fisioterapici con permanenza presso Strutture sanitarie dedicate alla lungo degenza (es. RSA Residenze Sanitarie Assistenziali), o reparti di strutture sanitarie dedicate alla lungo degenza qualora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico e riabilitazione post chirurgica nell'ambito del medesimo ricovero e la degenza complessiva si sia protratta per oltre i 30 giorni; - vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico e ulteriore ricovero per riabilitazione post chirurgica e la degenza complessiva si sia protratta per oltre i 30 giorni; 		
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari medici, cure, accertamenti diagnostici, prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali		
PRESTAZIONI PRE e POST	Non previste		
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	<p>Rete: senza limiti giornalieri (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati)</p> <p>Fuori Rete: fino a concorrenza di € 200,00 giornalieri per i primi 6 mesi e di € 150,00 per i successivi mesi di permanenza. Tale previsione si applica a partire dal 31° giorno di degenza complessiva; sino al 30° giorno di degenza complessiva, saranno applicate le previsioni relative alle rette di degenza di cui al ricovero senza intervento chirurgico per riabilitazione post chirurgica (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>		
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	<p>Rete: € 500</p> <p>No Rete: 25% minimo € 1.750</p>	<p>Rete: € 500</p> <p>No Rete: 25% minimo € 1.750</p>	<p>Rete: € 500</p> <p>No Rete: 20% minimo € 1.750</p>
NOTE	<p>Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"</p> <p>Qualora la degenza riabilitativa venga effettuata in strutture sanitarie non dedicate alla lungo degenza, a partire dal 31° giorno di degenza complessiva verranno rimborsate rette di degenza fino a concorrenza di € 100,00 giornalieri, per i ricoveri effettuati sia in forma diretta che indiretta.</p> <p>Nei casi in cui non siano presenti strutture sanitarie dedicate: entro 50 Km dalla residenza/domicilio dell'assistito; oppure, se il ricovero con intervento chirurgico e riabilitazione post chirurgica è avvenuto in altra città rispetto a quella di residenza/domicilio e l'assistito decida di proseguire il ricovero nella stessa città, entro 50 Km dal luogo in cui si trova la struttura sanitaria in cui è avvenuto il predetto ricovero, saranno applicate le previsioni di cui al punto "rette di degenza" del ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza.</p>		

Grandi interventi



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI DURANTE	<p>Onorari equipe</p> <p>Diritti sala operatoria</p> <p>Materiali ed endoprotesi, medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, trattamenti rieducativi, cure</p> <p>Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”)</p> <p>Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni</p>	<p>Onorari equipe</p> <p>Diritti sala operatoria</p> <p>Materiali ed endoprotesi, medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, trattamenti rieducativi, cure</p> <p>Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”)</p> <p>Assistenza infermieristica individuale: max. 30 gg. x evento / € 50 € gg.</p>	<p>Onorari equipe</p> <p>Diritti sala operatoria</p> <p>Materiali ed endoprotesi, medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, trattamenti rieducativi, cure</p> <p>Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”)</p> <p>Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni</p>
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 120 gg.		
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	<p>Rete: senza limiti giornalieri</p> <p>No Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>	<p>Rete: senza limiti giornalieri</p> <p>No Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>	<p>Rete: senza limiti giornalieri</p> <p>No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>
MASSIMALE	€ 150.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 300.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 300.000 nucleo/anno per RICOVERI
SCOPERTO FRANCHIGIA	<p>Rete: € 2.500</p> <p>No Rete: 25% minimo € 3.500</p>	<p>Rete: € 2.500</p> <p>No Rete: 25% minimo € 3.500</p>	<p>Rete: € 2.600</p> <p>No Rete: 25% minimo € 3.500</p>

NOTE

Trapianti: rimborso spese chirurgiche donante. Cfr. Elenco grandi interventi

Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell’ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell’ambito della garanzia “Area Specialistica”

⁽¹⁾Trattamenti fisioterapici e rieducativi: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria.



Elenco gradi interventi chirurgici

CHIRURGIA DELL' ESOFAGO

- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale con taracotomia
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

CHIRURGIA DELLO STOMACO-DUODENO-INTestino TENUE

- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias

CHIRURGIA DEL COLON

- Emicolectomia destra e linfadenectomia
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia per via tradizionale
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-ale per via tradizionale
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-ale e reservoir ileale per via tradizionale
- Amputazione del retto per via addomino-perineale

CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare
- Chirurgia dell'ipertensione portale:
 - Interventi di derivazione**
 - anastomosi porto-cava
 - anastomosi spleno-renale
 - anastomosi mesenterico-cava
 - Interventi di devascularizzazione**
 - legatura delle varici per via toracica e/o addominale
 - transezione esofagea per via toracica
 - transezione esofagea per via addominale
 - econnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
 - transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago-gastrica

CHIRURGIA DEL PANCREAS

- Duodenocefalo-pancreasectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreasectomia totale con o senza linfadenectomia
- Interventi per tumori endocrini funzionali e neoplasie maligne del pancreas

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DEL TORACE

- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino

- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Toracoplastica: I e II tempo

CARDIOCHIRURGIA

- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni dei grossi vasi (non escluse dalla garanzia)
- Resezione cardiac
- Sostituzione valvolare con protesi
- Valvuloplastica

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale PER VIA TORACOADDOMINALE
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali) PER VIA LAPAROTOMICA
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per malformazioni vascolari (non escluse dalla garanzia)
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria

- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per accesso cerebrale
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali per via anteriore
- Intervento chirurgico per neoplasie maligne dei nervi periferici

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovesicica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale, per neoplasia maligna

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via addominale con linfadenectomia

CHIRURGIA OCULISTICA

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per neoplasia del globo oculare

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare

- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Petrosectomia

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi di spalla
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomia
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Trattamento cruento dei tumori ossei
- Grandi amputazioni d'arto superiori ad un terzo

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia

CHIRURGIA PEDIATRICA (NON ESCLUSE DALLA GARANZIA)

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.

- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ALTRE VOCI

Si considerano “Interventi di alta chirurgia” anche:

- il trapianto di organi con espianto di organi del donatore;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione), purchè superiore a 3 giorni.

Day Hospital con intervento chirurgico



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali d'intervento ed endoprotesi; medicinali, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, assistenza medica ed infermieristica, cure	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali d'intervento ed endoprotesi; medicinali, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, assistenza medica ed infermieristica, cure	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali d'intervento ed endoprotesi; medicinali, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, assistenza medica ed infermieristica, cure Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 120 gg.		
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri; No Rete: € 200 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri; No Rete: €250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri; No Rete: €250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 1.000 No Rete: 20% min € 2.300		
NOTE	Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica" ⁽¹⁾ Trattamenti fisioterapici e rieducativi: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria. Per gli interventi chirurgici con plafond cfr. apposito elenco.		

Day Hospital senza intervento chirurgico



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI DURANTE	Assistenza medica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure, onorari medici	Assistenza medica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure, onorari medici	Assistenza medica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure, onorari medici Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”)
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ , cure anche termali (escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.		
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 200 al gg	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: €250 al gg	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 250 al gg
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 1.000 No Rete: 20% min € 2.300		

NOTE Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell’ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell’ambito della garanzia “Area Specialistica”

⁽¹⁾ Trattamenti fisioterapici e rieducativi: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria.

Intervento chirurgico ambulatoriale



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiale di intervento, medicine, accertamenti. diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure, assistenza infermieristica	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiale di intervento, medicine, accertamenti. diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure, assistenza infermieristica	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiale di intervento, medicine, accertamenti. diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure, assistenza infermieristica Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”)
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 120 gg.		
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 30% minimo € 1.500	Rete: € 700 No Rete: 30% minimo € 1.500	Rete: € 700 No Rete: 20% minimo € 1.500
NOTE	<p>Per la fattispecie di intervento ambulatoriale contestuale a visita medica specialistica, consultare il documento “Polizze assicurative: prassi liquidative”</p> <p>Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell’ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell’ambito della garanzia “Area Specialistica”</p> <p>⁽¹⁾ Trattamenti fisioterapici e rieducativi: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria.</p> <p>Per gli interventi chirurgici con plafond cfr. apposito elenco</p>		

Parto Cesareo



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe, diritti sala parto, materiali, assistenza medica ed infermieristica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”)		
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure, nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure, nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure, nei 100 gg. Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 120 gg
SPESE NEONATO	-	-	Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.000,00 anno/nucleo.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Senza limiti giornalieri (non sono comprese le spese voluttuarie)		
MASSIMALE	€ 3.500 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza)	€ 4.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza)	€ 6.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato)

NOTE

È previsto il rimborso dell’assistenza ostetrica (durante il ricovero e nelle prestazioni PRE e POST) con il sub limite di € 1.500 per anno e per nucleo.

Le condizioni sono applicabili anche in caso di aborto terapeutico

Per la fattispecie di parto cesareo su volere della madre, consultare il documento “Polizze assicurative: prassi liquidative”

Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell’ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell’ambito della garanzia “Area Specialistica”

⁽¹⁾ Trattamenti fisioterapici e rieducativi: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria.

Parto fisiologico



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe Diritti sala parto Medicinali, accertamenti diagnostici, cure Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”)		
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure, nei 100 gg.		
SPESE NEONATO	-	-	Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.000,00 anno/nucleo.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Senza limiti giornalieri (non sono comprese le spese voluttuarie)		
MASSIMALE	€ 2.500 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza)	€ 3.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza)	€ 3.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza)
NOTE	È previsto il rimborso dell’assistenza ostetrica (durante il ricovero e nelle prestazioni PRE e POST) Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell’ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell’ambito della garanzia “Area Specialistica”		

Neonati



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Cure ed interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici congeniti dei neonati, purché effettuati nel primo anno di vita. Nel caso in cui le predette malformazioni e/o difetti fisici siano evidenti fin dal primo anno di vita del neonato stesso e sia accertabile e documentabile dal punto di vista medico-clinico l'impossibilità di effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita, il periodo utile entro il quale l'intervento è rimborsabile è elevato ai primi 10 anni di vita.		

Assistenza post parto



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	<p>Prestazioni finalizzate al pieno recupero a seguito del parto.</p> <p>Supporto psicologico post parto Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche</p> <p>Controllo Arti inferiori Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori</p> <p>Week-end benessere Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita dietologica - incontro nutrizionista - incontro personal trainer - lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico - trattamento termale 		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia		
NOTE	La presente garanzia è erogata esclusivamente presso struttura convenzionata, previa prenotazione		

Interventi chirurgici odontoiatrici



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari specialista Implantologia dentale Medicinali, accertamenti diagnostici, cure		
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure nei 100 gg.		
RETTE DI DEGENZA	Ricoveri: - Rete: senza limitazione giornaliera - No Rete: fino a 200,00€/g Non sono comprese le spese voluttuarie	Ricoveri: - Rete: senza limitazione giornaliera - No Rete: fino a 200,00€/g Non sono comprese le spese voluttuarie	Ricoveri: - Rete: senza limitazione giornaliera - No Rete: fino a 300,00€/g (ridotto a 250,00€ per Day Hospital) Non sono comprese le spese voluttuarie
MASSIMALE	10.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra)	15.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra)	10.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra)
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 350 No Rete: 10% minimo € 1.500	Rete: € 700 No Rete: 15% min. € 2.500	Rete: € 400 No Rete: 20% minimo € 2.000
NOTE	La copertura riguarda: osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radiocolari, adamantinoma, odontoma. È richiesta la presentazione di documentazione particolare. Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"		

Miopia



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONE	-	Rimborso spese chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri, onorari equipe, diritti sala operatoria, materiale di intervento	Rimborso spese chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri, onorari equipe, diritti sala operatoria, materiale di intervento
PRESTAZIONI PRE	-	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	-	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche nei 100 gg.
RETTE DI DEGENZA (ricoveri non SSN)	-	Rete: senza limiti giornalieri (non sono comprese le spese voluttuarie).	Rete: senza limiti giornalieri (non sono comprese le spese voluttuarie).
CONDIZIONI	-	Differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie	Differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie
MASSIMALE	-	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	Rete: € 700 Non prevista fuori rete	Rete: € 500 Non prevista fuori rete
NOTE	-	Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"	Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"

Ricoveri a totale carico S.S.N



	Base	Base+	Standard
DIARIA SOSTITUTIVA (per ogni gg di ricovero intendendosi tale quello comprendente il pernottamento)	€ 50 al g. con intervento € 50 al g. senza intervento € 25/g Day Hospital (che si sia esaurito in giornata) con intervento € 25/g Day Hospital (che si sia esaurito in giornata) senza intervento € 50 al g. Grande Intervento	€ 50 al g. con intervento € 50 al g. senza intervento € 30/g Day Hospital (che si sia esaurito in giornata) con intervento € 30/g Day Hospital (che si sia esaurito in giornata) senza intervento € 50 al g. Grande Intervento	€ 50 al g. con intervento € 50 al g. senza intervento € 40/g Day Hospital (che si sia esaurito in giornata) con intervento € 30/g Day Hospital (che si sia esaurito in giornata) senza intervento € 50 al g. Grande Intervento
LIMITI DIARIA	90 gg. persona/anno	90 gg. persona/anno	180 gg. persona/anno
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.		
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 100 gg.		
NOTE	Prestazioni post: Nel solo caso di intervento il limite di 100 gg sarà elevato a 120 gg. per i trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ Trattamenti fisioterapici e rieducativi: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria. Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"		

Accompagnatore



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Rimborso spese relative a vitto/ pernottamento e di trasporto per un accompagnatore		
CONDIZIONI	<p>Previsto per prestazioni di cui all'Area Ricovero ad eccezione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Day Hospital con o senza intervento; - Intervento chirurgico ambulatoriale - Interventi chirurgici odontoiatrici - Ricoveri senza intervento chirurgico per lunga degenza <p>La prestazione non è prevista per i ricoveri effettuati a totale carico del SSN.</p>	<p>Previsto per prestazioni di cui all'Area Ricovero ad eccezione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Day Hospital con o senza intervento; - Intervento chirurgico ambulatoriale - Interventi chirurgici odontoiatrici - miopia <p>La prestazione non è prevista per i ricoveri effettuati a totale carico del SSN.</p>	<p>Previsto per prestazioni di cui all'Area Ricovero ad eccezione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventi chirurgici odontoiatrici - miopia <p>La prestazione non è prevista per i ricoveri effettuati a totale carico del SSN.</p>
MASSIMALE	€ 60 al giorno per max 30 gg nucleo/anno		



Trasporto sanitario

	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Ambulanza per Italia Tutti i mezzi per Estero		
CONDIZIONI	<p>Previsto per prestazioni di cui all'Area Ricovero ad eccezione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervento chirurgico ambulatoriale - Interventi chirurgici odontoiatrici <p>La prestazione è prevista anche in caso di ricoveri effettuati a totale carico del SSN.</p>	<p>Previsto per prestazioni di cui all'Area Ricovero ad eccezione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervento chirurgico ambulatoriale - Interventi chirurgici odontoiatrici - miopia <p>La prestazione è prevista anche in caso di ricoveri effettuati a totale carico del SSN.</p>	<p>Previsto per prestazioni di cui all'Area Ricovero ad eccezione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervento chirurgico ambulatoriale - Interventi chirurgici odontoiatrici - miopia <p>La prestazione è prevista anche in caso di ricoveri effettuati a totale carico del SSN.</p>
MASSIMALE	€ 2.000 nucleo/anno		



Area Specialistica



Visite, accertamenti diagnostici
e altre prestazioni specialistiche

Cure e diagnostica di alta specializzazione



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Rimborso per: prestazioni di alta diagnostica come da elenco allegato		
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista		
MASSIMALE	€ 4.500 nucleo/anno	€ 5.000 nucleo/anno	€ 5.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: franchigia € 80 per fattura No rete: 60% Franchigia 70% min € 112,50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 80% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta		



Elenco cure e diagnostica

DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Coronarografia
- Scintigrafia

- Amniocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto
- Rmn con o senza m.d.c.
- Tac con o senza m.d.c.

ENDOSCOPIE (anche con prelievo bioptico)

- Broncoscopia
- Rettoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosocopia

Le asportazioni di polipi, cisti tramite endoscopia sono considerati interventi chirurgici

TERAPIE

- Dialisi
- Alcolizzazione
- Laserterapia (esclusa per fini riabilitativi con eccezione di quella effettuata per patologie in forma acuta, rimborsabile entro il limite massimo di 18 sedute).

Si precisa che la prestazione indicata in elenco non è quella utilizzata a fini chirurgici (es. exeresi di verruca o nevo). Consultare il documento "Polizze assicurative: prassi liquidative" in materia di Laserterapia

TERAPIE ATTINENTI PATOLOGIE ONCOLOGICHE

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Cobaltoterapia

Alta diagnostica – Test genetici prenatali su DNA fetali



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	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 E e Y (e.g. Harmony test, Prenatal Safe).		
CONDIZIONI	A partire dal 30° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto Prescrizione medico ASL o specialista		
MASSIMALE	€ 5.000 nucleo/anno		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: franchigia € 80 per prestazione No rete: 60% Franchigia 70% min € 112,50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 80% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta	Rete: franchigia € 80 per fattura No rete: 60% Franchigia 70% min € 112,50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 80% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta	Rete: franchigia € 80 per fattura No rete: 60% Franchigia 70% min € 112,50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 80% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta

Accertamenti diagnostici (diagnostica ordinaria)



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONE	-	Rimborso spese (esclusi accertamenti odontoiatrici e ortodontici, salvo in caso di infortunio)	Rimborso spese (esclusi accertamenti odontoiatrici e ortodontici, salvo in caso di infortunio)
CONDIZIONI	-	Prescrizione medico ASL o specialista	Prescrizione medico ASL o specialista
MASSIMALE	-	Compreso in € 3.000 nucleo/anno per visite specialistiche	Compreso in € 3.000 nucleo/anno per visite specialistiche
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	Rete: franchigia € 80 per fattura No Rete: 60% Franchigia 70% min € 112,50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 80% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta	Rete: franchigia € 80 per fattura No Rete: 60% Franchigia 70% min € 112,50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 80% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta
NOTE	-	Accertamenti diagnostica ordinaria non ricompresi nell’alta diagnostica Consultare il documento “Polizze assicurative: prassi liquidative” per le fattispecie relative a: malattie mentali / algie o sintomi / astenia	Accertamenti diagnostica ordinaria non ricompresi nell’alta diagnostica Consultare il documento “Polizze assicurative: prassi liquidative” per le fattispecie relative a: malattie mentali / algie o sintomi / astenia



Visite specialistiche

	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Rimborso onorari visite: Cardiologiche Oncologiche	Rimborso onorari visite, escluse: Pediatrie di controllo (v. specifica previsione nell'area prevenzione) Odontoiatriche e ortodontiche (salvo il caso di infortunio)	Rimborso onorari visite, escluse: Pediatrie di controllo (v. specifica previsione nell'area prevenzione) Odontoiatriche e ortodontiche (salvo il caso di infortunio)
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista		
MASSIMALE	€ 2.500 nucleo/anno	€ 3.000 nucleo/anno	€ 3.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: franchigia € 80 per fattura No Rete: 60% Franchigia 70% min € 112,50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 80% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta	Rete: franchigia € 80 per fattura No Rete: 60% Franchigia 70% min € 112,50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 80% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta	Rete: franchigia € 80 per fattura No Rete: 60% Franchigia 70% min € 112,50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 80% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta
NOTE	Odontoiatriche e ortodontiche ammesse a rimborso se conseguenti a infortunio Gli atti medici (es. infiltrazioni) sono liquidati nell'ambito di tale garanzia e prevedono l'indennizzo della sola prestazione del medico, non del farmaco che resta a carico dell'assicurato Consultare il documento "Polizze assicurative: prassi liquidative" per le fattispecie relative a: intervento chirurgico ambulatoriale contestuale a visita medica specialistica / malattie mentali / algie o sintom / astenia / visite domiciliari		

Cure oncologiche



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Assistenza infermieristica domiciliare Chemioterapia Radioterapia Altre terapie finalizzate alle cure oncologiche Visite specialistiche		
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista		
MASSIMALE	€ 2.000 nucleo/anno. In caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche	€ 2.000 nucleo/anno. In caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche	€ 10.000 nucleo/anno. In caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche
SCOPERTO FRANCHIGIA	-		
NOTE	Le visite specialistiche per follow up oncologico sono liquidate nell'ambito di tale garanzia per un periodo massimo di 10 anni dalla data di insorgenza della patologia		

Pacchetto maternità



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Visite ed accertamenti di controllo nei primi 6 mesi di gravidanza		
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista		
MASSIMALE	€ 500 anno/nucleo		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessuno		
NOTE	In caso di aborto spontaneo/naturale, entro 3 mesi dall'evento, rimborso integrale di 1 visita ginecologica di controllo e di massimo 3 visite di supporto psicologico, sia in rete che fuori rete.		

Logopedia



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	-	-	Logopedia a seguito di malattia o infortunio effettuata da personale abilitato
CONDIZIONI	-	-	Certificazione Pronto Soccorso in caso di infortunio Prescrizione medico ASL o specialista
MASSIMALE	-	-	1.000 € anno/nucleo
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	Rete: franchigia di € 50 per fattura Fuori rete: scop 20% min. € 100 per fattura Franchigia 30% min € 90 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 40% min € 120 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'“Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta

DSA (disturbi specifici dell'apprendimento del minore)



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Spese sostenute per il trattamento e le cure dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)		
CONDIZIONI	<p>La diagnosi Disturbo Specifico dell'Apprendimento, secondo quanto previsto da DSM-5, deve essere certificata da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale.</p> <p>Per l'accesso alle prestazioni è necessaria prescrizione del medico specialista o di base (ASL) con relativo quesito diagnostico</p>		
MASSIMALE	<p>€ 1.500 anno/nucleo per i casi definiti moderati o severi, secondo DSM-5</p> <p>€ 500 anno/nucleo per i casi lievi, secondo DSM-5</p>		
SCOPERTO FRANCHIGIA	<p>Rete: franchigia di € 40 per fattura</p> <p>Fuori rete: scop 20% min. € 60 per fattura</p> <p>Franchigia 30% min € 90 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta</p> <p>Franchigia 40% min € 120 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta</p>		
NOTE	Garanzia aggiuntiva a quella relativa a Logopedia		

Rimborso ticket S.S.N.



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Rimborso TICKET per prestazioni previste dal piano.		
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista		
MASSIMALE	La spesa rientra nel massimale previsto per il singolo tipo di prestazione		
NOTE	Alcune strutture sanitarie possono effettuare prestazioni sia in regime di SSN che in regime privato: al fine di poter considerare le prestazioni come effettuate in regime di ticket SSN, con applicazione delle relative condizioni di liquidazione, è necessario che dal documento di spesa si possa evincere inequivocabilmente il regime di erogazione (quota ricetta di compartecipazione alla spesa del SSN).		



Area Prevenzione



Prestazioni attinenti
il controllo della salute

Visite di controllo



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Possibilità di effettuare n.2 visite specialistiche annue in qualsiasi specializzazione		
CONDIZIONI	La prestazione è garantita anche in caso di consulto/mero controllo e non sarà richiesta pertanto, in fase di autorizzazione alcuna prescrizione medica o specialistica		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia		
NOTE	La prestazione è erogata in regime Diretto presso le strutture sanitarie convenzionate, previa prenotazione. Sono possibili le visite solo per le specializzazioni disponibili presso la struttura convenzionata.		

Vaccinazione antinfluenzale



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale		
CONDIZIONI	Trattandosi di un trattamento di natura preventiva non sarà richiesta alcuna prescrizione medica o specialistica		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia		
NOTE	La prestazione è erogata esclusivamente in regime indiretto a seguito di presentazione della copia della fattura o scontrino di acquisto. AVVERTENZA: Prima di effettuare le prestazioni previste, si consiglia di consultare la propria ASL o il proprio medico di fiducia per la presenza di possibili controindicazioni ed effetti collaterali importanti, in considerazione dell'età e dello stato di salute dell'Assistito/Assicurato		

Prevenzione Herpes Zoster



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze a tutti gli Assistiti con età superiore a 55		
CONDIZIONI	Le prestazioni vengono liquidate come trattamento di natura preventiva e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Franchigia di € 36,15 per prestazione		
NOTE	La prestazione è erogata in regime Diretto presso le strutture sanitarie convenzionate, previa prenotazione oppure in regime indiretto AVVERTENZA: Prima di effettuare le prestazioni, si consiglia di consultare la propria ASL o il proprio medico di fiducia per la presenza di possibili controindicazioni ed effetti collaterali importanti, in considerazione dell'età e dello stato di salute dell'Assistito/Assicurato		

Consulto nutrizionale e dieta personalizzata



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	È previsto un consulto nutrizionale, comprensivo di dieta personalizzata, per biennio assicurativo/persona		
CONDIZIONI	In Rete: illimitato Fuori Rete: € 80,00 (€ 50,00 per la visita + € 30,00 per la dieta)		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia		

Controllo pediatrico



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni: - 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi - 1 visita ai 4 anni - 1 visita ai 6 anni		
CONDIZIONI	Le prestazioni vengono liquidate come trattamento di natura preventiva e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie con applicazione di una franchigia di € 36,15 per prestazione.		
NOTE	La presente garanzia è erogata esclusivamente presso struttura convenzionata, previa prenotazione Garanzia aggiuntiva a quella per spese mediche pediatriche (fino all'età di 14 anni)		

Conservazioni cellule staminali



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Spese sostenute per la conservazione familiare e autologa delle cellule staminali cordonali, sia in rete che fuori rete.		
MASSIMALE	€ 500 anno/nucleo		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessuno		



Area Prestazioni Aggiuntive



Prestazioni di diversa natura
riconducibili all'ambito sanitario

Prestazioni in pronto soccorso



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Prestazioni ambulatoriali a seguito infortunio senza ricovero (gessi, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, trasporto)		
MASSIMALE	€ 1.000 per evento		

Cura tossicodipendenti



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Contributo spese sostenute per il recupero		
CONDIZIONI	Recupero presso Comunità terapeutiche convenzionate ASL		
MASSIMALE	€ 3.000 per persona (da rapportare al n.ro richieste/anno di tutti gli iscritti al piano, entro tetto max. € 30.000)		

Anticipo spese sanitarie



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Max. 50% spese		
CONDIZIONI	In caso di Grande Intervento		

Procreazione medica assistita (tutte le tecniche)



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA Trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata		
MASSIMALE	€ 700 anno/ nucleo		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: nessun scoperto / franchigia Fuori rete: nessun scoperto / franchigia		
NOTE	Sono escluse dal rimborso le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.		

Cure termali per minori



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Spese per cure termali, cure inalatorie e politzer effettuate dal minore. Sono inoltre previste una visita ad inizio cura e una visita a fine cura		
CONDIZIONI	Malattia o infortunio del minore		
MASSIMALE	Massimo 1 (un) ciclo per anno (max. 12 sedute consecutive con una interruzione a metà ciclo), effettuate in strutture sanitarie, previa prenotazione. Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un importo massimo pari ad € 35 a seduta.		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Le visite di inizio e fine cura sono riconosciute senza applicazione di alcuno scoperto e franchigia		
NOTE	Sono escluse le spese alberghiere del minore e dell'eventuale accompagnatore		

Sindrome di down



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) la garanzia prevede l'erogazione di un'indennità		
CONDIZIONI	Diagnosi accertata nei primi 3 anni di vita del neonato		
MASSIMALE	€ 1.000 anno /neonato per un periodo massimo di 5 anni		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia		

Inndenità per genitori ricoverati in RSA



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	La garanzia prevede la corresponsione di un'indennità erogata, a titolo di forfait, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dagli Aderenti per i genitori ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato in quanto non autosufficienti o non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione, anche molto grave, delle loro condizioni di salute e di autonomia.		
CONDIZIONI	Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria. L'indennizzo verrà corrisposto qualora il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) abbia avuto una durata di almeno 12 mesi consecutivi		
MASSIMALE	In Rete: Regime non previsto. Fuori Rete: € 350,00 annuo per persona.		
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia		

Assistenza infermieristica



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	-	-	Assistenza medica ed infermieristica domiciliare in caso di malattia terminale comprovata da idonea certificazione medica e/o ospedaliera
MASSIMALE	-	-	€ 50/g max 90gg anno/nucleo

Rimpatrio salma



	Base	Base+	Standard
PRESTAZIONI	Rimborso spese rimpatrio per decesso all'estero		
CONDIZIONI	In caso di ricovero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico		
MASSIMALE	€ 1.500 per evento	€ 2.000 per evento	€ 2.000 per evento

Elenco cliniche top

ROMA

- Casa di Cura Paideia S.p.A.
- Casa di Cura Mater Dei S.p.A.
- Ars Medica
- Casa di Cura Quisisana
- Casa di Cura Villa Stuart
- Casa di Cura Villa Margherita

MILANO

- Istituto Nazionale Tumori
- Istituto Europeo di Oncologia/Monzino
- Casa di cura Columbus
- Humanitas Mirasole S.p.A. (Istituto Clinico Humanitas)
- Casa di Cura La Madonnina

TORINO

- Clinica Fornaca di Sessant
- Casa di Cura Sedes Sapientiae
- Casa di Cura Cellini S.p.A.

BERGAMO

- Humanitas Gavazzeni

VARESE

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

Elenco interventi chirurgici

per i quali è previsto un limite di indennizzo (plafond) in rete e fuori rete

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND
Intervento di legatura e stripping delle vene (varicocele compreso)	€ 3.500
Intervento di settoplastica funzionale, compresa eventuali interventi sui turbinati	€ 3.500
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di grandi segmenti (femore, omero, tibia)	€ 9.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di medi segmenti (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone)	€ 6.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di piccoli segmenti (tutti gli altri)	€ 3.000
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad esempio, chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Intervento di tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3.000
Intervento per ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 5.000
Intervento di emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole e/o prolasso rettale	€ 4.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo, dito a martello, alluce rigido	€ 4.000
Intervento a carico del ginocchio (diversi da legamenti)	€ 7.000
Isteroscopia operativa	€ 4.000
Intervento di ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Intervento di asportazione cisti ovariche	€ 8.500

Intervento di tiroidectomia (esclusa radicale per neoplasia maligna)	€ 10.000
Intervento di colecistectomia	€ 8.500
Intervento per ernia del disco e/o stabilizzazione vertebrale	€ 11.000
Interventi di artrodesi e/o stabilizzazione vertebrale (qualsiasi metodica), compresa ev. asportazione di ernia del disco intervertebrale (qualsiasi metodica, incluso robot)	€ 14.000
Prostatectomia endoscopica per adenoma (TURP)	€ 9.000
Prostatectomia radicale per neoplasia maligna compresa linfadenectomia (qualsiasi metodica, incluso robot))	€ 18.000
Intervento di isterectomia	€ 10.000
Intervento di isterectomia per neoplasia maligna (compresa eventuale annessiectomia e linfadenectomia)	€ 15.000
Intervento per artroprotesi anca	€ 20.000
Asportazione di neoformazioni cutanee (cisti in genere, lipomi e nevi) (1)	€ 1.000
Intervento per artroprotesi ginocchio	€ 15.000
Intervento per morbo di Dupuytren, sindrome di Guyon	€ 2.000
Intervento per tunnel carpale	€ 1.500
Intervento per dito a scatto e per intrappolamento del nervo ulnare al gomito	€ 2.500
Intervento per cataratta (con o senza IOL) - per occhio	€ 2.000
Intervento per asportazione cisti e noduli benigni del seno (nodulectomie)	€ 3.500
Intervento per appendicectomia	€ 4.000

Il PLAFOND è riferito al solo ricovero e non si applica alle spese pre e post ricovero.

Ove nello stesso ricovero vengano effettuati due o più interventi compresi in questo elenco, si applica il plafond al 100% per l'intervento principale (come definito dal chirurgo) e al 70% per quelli secondari; l'eventuale franchigia prevista viene applicata una sola volta, sull'intero ammontare della spesa.

Nel caso di interventi plafonati con accesso in forma diretta, non si applica la franchigia prevista per i ricoveri con intervento chirurgico.

Nel caso in cui il preventivo della struttura scelta dall'assicurato sia superiore al limite di indennizzo previsto dalla presente copertura assicurativa, sono individuate, se disponibili sul territorio, almeno 2 strutture convenzionate alternative in grado di garantire la prestazione con costi di convenzionamento inferiori al limite di indennizzo.

⁽¹⁾ Consultare il documento "Polizze assicurative: prassi liquidative" per la fattispecie relativa a Nevi e neoformazioni cutanee.