



MODULO N. 1 – RICOVERO CLINICA PRIVATA

Opzione STANDARD

A) RICOVERI

La Società provvede al rimborso delle spese esclusivamente per i seguenti ricoveri o interventi chirurgici:

NEUROCHIRURGIA

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

Asportazione tumori dell'orbita

Interventi di cranioplastica

Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale

Interventi sul plesso brachiale

Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

Ernia femorale

Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi

Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare

Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Asportazione di tumori maligni del cavo orale

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)

Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale

Interventi sulle paratiroidi

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Asportazione di tumore glomico carotideo
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Angioplastica con eventuale stent
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
Appendicectomia con peritonite diffusa
Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Drenaggio di ascesso epatico
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi con esofagoplastica
Interventi di amputazione del retto-ano
Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per echinococchi epatica
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
Intervento per neoplasie pancreatiche
Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Intervento per mega-esofago
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Resezione gastrica
Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica

UROLOGIA

Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovesciculectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia

GINECOLOGIA

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
iectomia totale con eventuale annessectomia
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per sindrome del tunnel carpale
Intervento per dito a scatto
Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
Interventi per costa cervicale
Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

Trapianti di organo

CELLULE STAMINALI

Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea.

Con riferimento agli interventi sopra elencati, la Società assicura il rimborso delle seguenti spese:

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito; si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di un scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo;
- sono riconosciute le spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura;
- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente. Nel caso di richiesta di rimborso (e quindi nel caso in cui il ricovero non sia stato autorizzato in Strutture Convenzionate RBM Salute), la presente garanzia è prestata nel limite massimo di € 300 al giorno;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

Trapianti

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi.

Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc.).

Nel caso in cui l'Assistito non acceda a Strutture Convenzionate RBM Salute, la garanzia è prestata nel limite massimo di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica durante e dopo il ricovero è riconosciuta con il limite massimo di € 50 al giorno, per massimo 30 giorni per evento.

Trasporto sanitario

Il trasporto dell'Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

La presente garanzia è prestata con un sub massimale di € 1.500 per evento.

Le spese relative a ricoveri c.d. impropri, non potranno essere riconosciute nel presente Modulo, ma nell'ambito dei singoli Moduli extraospedalieri se attivati dall'Assistito.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, ove previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO PRIVATO IN ISTITUTO DI CURA)

In occasione del ricovero in Istituto di Cura privato in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità fissa calcolata per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero, in relazione al livello di Protezione prescelto.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

C) INTERVENTI NEONATALI PER CORREZIONE MALFORMAZIONI CONGENITE

L'Assicurazione garantisce il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro i limiti massimi previsti dal livello di Protezione prescelto.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per i ricoveri di cui alla lettera A e C (Ricoveri e Interventi neonatali).

E' prevista una carenza di 271 giorni per i ricoveri di cui alla lettera B (Parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese del presente Modulo entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 1.000 per evento.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000 e con sottomassimale di € 10.000 per evento.

Opzione PLUS

A) RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTI AMBULATORIALI

La Società provvede al rimborso delle seguenti spese per ricoveri resi necessari da malattia o da infortunio; interventi chirurgici, anche ambulatoriali, resi necessari da malattia o da infortunio; parto o aborto (escluso l'aborto volontario) comportanti ricovero nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti, entro i limiti massimi previsti dal livello di Protezione prescelto.

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito; si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di un scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo;
- sono riconosciute le spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura;
- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente. Nel caso di richiesta di rimborso (e quindi nel caso in cui il ricovero non sia stato autorizzato nell'ambito di Strutture Convenzionate RBM Salute), la presente garanzia è prestata nel limite massimo di € 300 al giorno;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

Trapianti

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi.

Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc.).

Nel caso in cui l'Assistito non acceda a Strutture Convenzionate RBM Salute, la garanzia è prestata nel limite massimo di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica durante e dopo il ricovero è riconosciuta con il limite massimo di € 50 al giorno, per massimo 30 giorni per evento.

Trasporto sanitario

Il trasporto dell'Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

La presente garanzia è prestata con un sub massimale di € 1.500 per evento.

Le spese relative a ricoveri c.d. impropri, non potranno essere riconosciute nel presente Modulo, ma nell'ambito dei singoli Moduli extraospedalieri se attivati dall'Assistito.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, ove previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO PRIVATO IN ISTITUTO DI CURA)

In occasione del ricovero in Istituto di Cura privato in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità fissa calcolata per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero, in relazione al livello di Protezione prescelto.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

C) INTERVENTI NEONATALI PER CORREZIONE MALFORMAZIONI CONGENITE

L'Assicurazione garantisce il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro i limiti massimi previsti dal livello di Protezione prescelto.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per i ricoveri di cui alla lettera A e C (Ricoveri e Interventi neonatali).

E' prevista una carenza di 271 giorni per i ricoveri di cui alla lettera B (Parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese del presente Modulo entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 1.000 per evento.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000 e con sottomassimale di € 8.000 per evento.

MODULO N. 2 – RICOVERO OSPEDALE (S.S.N.)

Opzione STANDARD

A) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO IN OSPEDALE (S.S.N.)

In caso di ricovero o intervento chirurgico in Ospedale (S.S.N.), la Società corrisponde un'indennità fissa calcolata per ciascun giorno di ricovero, per un massimo di **100** giorni per annualità assicurativa, in relazione al livello di Protezione prescelto, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

I ricoveri o interventi chirurgici che danno diritto ad essere coperti dalla presente garanzia sono esclusivamente i seguenti:

NEUROCHIRURGIA

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

Asportazione tumori dell'orbita

Interventi di cranioplastica

Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale

Interventi sul plesso brachiale

Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

Ernia femorale

Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi

Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare

Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Asportazione di tumori maligni del cavo orale

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)

Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale

Interventi sulle paratiroidi

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per cisti o tumori del mediastino

Interventi per echinococchi polmonare

Interventi per fistole bronchiali

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici

Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Asportazione di tumore glomico carotideo

Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario

Angioplastica con eventuale stent

Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi

Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

Interventi sul cuore per via toracotomica

Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica

Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago

Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica

Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne

Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica

Appendicectomia con peritonite diffusa

Chirurgia gastrointestinale per perforazioni

Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

Drenaggio di ascesso epatico

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Interventi chirurgici per ipertensione portale

Interventi con esofagoplastica

Interventi di amputazione del retto-ano

Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica

Interventi per echinococchi epatica

Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale

Intervento per neoplasie pancreatiche

Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica

Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica

Intervento per fistola gastro-digiunocolica

Intervento per mega-esofago

Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari

Resezione gastrica
Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica

UROLOGIA

Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovesciculectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia

GINECOLOGIA

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
iectomia totale con eventuale annessectomia
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per sindrome del tunnel carpale
Intervento per dito a scatto
Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
Interventi per costa cervicale
Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

Trapianti di organo

CELLULE STAMINALI

Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

La Società rimborsa le seguenti prestazioni sostenute nei 90 giorni precedenti e 90 successivi al ricovero, limitatamente ai ticket sanitari a carico dell'Assistito pagati al Servizio Sanitario Nazionale ed entro il limite massimo del 35% dell'indennità sostitutiva corrisposta.

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro 90 giorni precedenti al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro 90 giorni successivi al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO IN OSPEDALE - S.S.N.)

In occasione del ricovero in Ospedale o in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità di € 80 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per l'indennità di cui alla lettera A (Indennità per ricovero).

E' prevista una carenza di 271 giorni per l'indennità di cui alla lettera B (Indennità per parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Opzione PLUS

A) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO E/O INTERVENTO CHIRURGICO IN OSPEDALE (S.S.N.), DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTO AMBULATORIALE

In caso di ricoveri con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Chirurgici Ambulatoriali, resi necessari da malattia o da infortunio ed effettuati in Ospedale o in regime di S.S.N.,

La Società corrisponde un'indennità fissa calcolata per ciascun giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa, in relazione al livello di Protezione prescelto, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La Società rimborsa le seguenti prestazioni sostenute nei 90 giorni precedenti e 90 successivi al ricovero, limitatamente ai ticket sanitari a carico dell'Assistito pagati al Servizio Sanitario Nazionale ed entro il limite massimo del 35% dell'indennità sostitutiva corrisposta.

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro 90 giorni precedenti al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro 90 giorni successivi al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

In caso di Day Hospital/Day Surgery la diaria viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna. Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO IN OSPEDALE - S.S.N.)

In occasione del ricovero in Ospedale o in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità di € 80 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per l'indennità di cui alla lettera A (Indennità per ricovero).

E' prevista una carenza di 271 giorni per l'indennità di cui alla lettera B (Indennità per parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

MODULO N. 3 – VISITE E DIAGNOSTICA PRIVATO

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale

Ortopanoramica

Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto

Radiografia (Rx) di organo apparato

Radiografia (Rx) endorali

Radiografia (Rx) esofago

Radiografia (Rx) esofago esame diretto

Radiografia (Rx) tenue seriato

Radiografia (Rx) tubo digerente

Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie

Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie

Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)

Aortografia

Broncografia

Cavernosografia

Cisternografia

Cistografia

Cistografia/ doppio contrasto

Cistografia minzionale

Clisma opaco con doppio contrasto

Colangiografia/colangiografia percutanea

Colongiopancreatografia retrograda

Colecistografia

Colpografia

Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici

TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia

Pancolonscopia diagnostica
Rettoscopia diagnostica
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella
Emogasanalisi arteriosa
Laserterapia a scopo fisioterapico
Lavaggi bronco alveolare endoscopico
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

Terapie

Chemioterapia
Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 35 per prestazione.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 55 per prestazione.

B) VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 30 per prestazione.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' previsto un rimborso massimo pari a € 25 per prestazione.

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione".

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme ai documenti di spesa (fatture e ricevute), copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute con l'applicazione di una franchigia pari ad € 20 per fattura.

D) PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

La Società provvede anche al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate soltanto in Strutture Convenzionate RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione alle seguenti condizioni:

Assistenza in gravidanza

- Test genetici prenatali non invasivi (esempio Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale.

Assistenza post parto

- Supporto psicologico: entro 3 mesi dal parto avvenuto durante la copertura assicurativa ed entro un numero massimo di 1 visita psicologica.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia di € 25 per le visite di controllo ostetrico ginecologico e una franchigia di € 55 per i test genetici prenatali non invasivi.

Non è prevista franchigia in caso di visita di supporto psicologico.

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale

Ortopanoramica

Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto

Radiografia (Rx) di organo apparato

Radiografia (Rx) endorali

Radiografia (Rx) esofago

Radiografia (Rx) esofago esame diretto

Radiografia (Rx) tenue seriato

Radiografia (Rx) tubo digerente

Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie

Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie

Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)

Aortografia
Broncografia
Cavernosografia
Cisternografia
Cistografia
Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale

Ecografia addome superiore

Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color

Ecocolordoppler arti inferiori e superiori

Ecocolordoppler aorta addominale

Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC

Angio TAC distretti eso o endocranici

TAC spirale multistrato (64 strati)

TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore

Angio RMN con contrasto

RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)

Medicina nucleare in vivo

Tomoscintigrafia SPET miocardica

Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria

Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)

Elettroencefalogramma

Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno

Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore

Elettromiografia

Elettroretinogramma

Monitoraggio continuo della pressione arteriosa

Phmetria esofagea gastrica

Potenziali evocati

Spirometria

Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata

Biopsia muscolare

Biopsia prostatica

Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)

Cistoscopia diagnostica

Esofagogastroduodenoscopia

Pancolonscopia diagnostica

Rettoscopia diagnostica

Rettosigmoidoscopia diagnostica

Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella

Emogasanalisi arteriosa

Laserterapia a scopo fisioterapico

Lavaggi bronco alveolare endoscopico

Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

Chemioterapia

Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 25 per prestazione.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 35 per prestazione.

B) VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 15 per prestazione.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' previsto un rimborso massimo pari a € 50 per prestazione.

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione".

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme ai documenti di spesa (fatture e ricevute), copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute con l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per fattura.

D) PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

La Società provvede anche al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate soltanto in Strutture Convenzionate RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione alle seguenti condizioni:

Assistenza in gravidanza

- Test genetici prenatali non invasivi (esempio Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale;

Assistenza post parto

- Supporto psicologico: entro 3 mesi dal parto avvenuto durante la copertura assicurativa ed entro un numero massimo di 3 visite psicologiche;
- Week end benessere: entro 1 anno dal parto avvenuto durante la copertura assicurativa, è previsto il seguente pacchetto complessivo di prestazioni:
 - o visita dietologica;
 - o incontro nutrizionista;
 - o incontro personal trainer;
 - o lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico;
 - o trattamento termale;
 - o sauna;
 - o massaggi.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia di € 15 per le visite di controllo ostetrico ginecologico e una franchigia di € 35 per i test genetici prenatali non invasivi.

Non è prevista franchigia in caso di visite di supporto psicologico e delle prestazioni rientranti nel Week end benessere.

MODULO N. 4 – VISITE E DIAGNOSTICA S.S.N.

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assistito effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per i seguenti accertamenti diagnostici di alta specializzazione, conseguenti a malattia o a infortunio.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale

Ortopanoramica

Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto

Radiografia (Rx) di organo apparato

Radiografia (Rx) endorali

Radiografia (Rx) esofago

Radiografia (Rx) esofago esame diretto

Radiografia (Rx) tenue seriato

Radiografia (Rx) tubo digerente

Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie

Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie

Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)

Aortografia

Broncografia

Cavernosografia

Cisternografia

Cistografia

Cistografia/ doppio contrasto

Cistografia minzionale

Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale

Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC

Angio TAC distretti eso o endocranici

TAC spirale multistrato (64 strati)

TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore

Angio RMN con contrasto

RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)

Medicina nucleare in vivo

Tomoscintigrafia SPET miocardica

Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria

Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)

Elettroencefalogramma

Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno

Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore

Elettromiografia

Elettroretinogramma

Monitoraggio continuo della pressione arteriosa

Phmetria esofagea gastrica

Potenziali evocati

Spirometria

Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata

Biopsia muscolare

Biopsia prostatica

Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)

Cistoscopia diagnostica

Esofagogastroduodenoscopia

Pancolonscopia diagnostica

Rettoscopia diagnostica

Rettosigmoidoscopia diagnostica

Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella

Emogasanalisi arteriosa

Laserterapia a scopo fisioterapico

Lavaggi bronco alveolare endoscopico

Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

Terapie

Chemioterapia

Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per ticket.

B) VISITE SPECIALISTICHE

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assistito effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per quanto riguarda le visite specialistiche, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica o del referto specialistico contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per ticket.

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assistito effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione" e i ticket sanitari di pronto soccorso.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per ticket.

D) PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a per gravidanza a rischio).

Per quanto riguarda il pacchetto maternità, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per prestazione.

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per i seguenti accertamenti diagnostici di alta specializzazione, conseguenti a malattia o a infortunio.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale

Ortopanoramica

Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto

Radiografia (Rx) di organo apparato

Radiografia (Rx) endorali

Radiografia (Rx) esofago

Radiografia (Rx) esofago esame diretto

Radiografia (Rx) tenue seriato

Radiografia (Rx) tubo digerente

Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie

Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie

Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)

Aortografia

Broncografia

Cavernosografia

Cisternografia

Cistografia
Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Penziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Pancolonscopia diagnostica
Rettoscopia diagnostica
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella
Emogasanalisi arteriosa
Laserterapia a scopo fisioterapico
Lavaggi bronco alveolare endoscopico
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

Terapie

Chemioterapia
Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assistito.

B) VISITE SPECIALISTICHE

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per quanto riguarda le visite specialistiche, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica o del referto specialistico contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assistito.

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione" e i ticket sanitari di pronto soccorso.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assistito.

D) PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Per quanto riguarda il pacchetto maternità, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assistito.

MODULO N. 5 – DENTISTA

Opzione STANDARD

A) Prestazioni di Implantologia

La garanzia opera nel caso di applicazione di uno o più impianti, senza alcuna limitazione dell'entità della liquidazione anche nel caso di effettuazione di più impianti da parte dell'Assistito.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all' Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute, lasciando a carico dell'Assistito esclusivamente una franchigia fissa per ciascun impianto in relazione al livello di Protezione prescelto.

B) Avulsione (estrazione denti)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute al netto di una franchigia fissa per ogni avulsione, a seconda della tipologia di estrazione (semplice/complessa) e in relazione al livello di Protezione prescelto.

C) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute al netto delle franchigie previste in relazione al livello di Protezione prescelto.

Prestazione
CONSERVATIVA
Sigillatura (per ogni dente)
Cavità di 5 ^a classe di BLACK
Cavità di 1 ^a classe di BLACK
Cavità di 2 ^a classe di BLACK
Cavità di 3 ^a classe di BLACK
Cavità di 4 ^a classe di BLACK
Incappucciamento della polpa
Intarsio L.P. – Inlay od onlay
Intarsio in ceramica
Intarsio in composito
Ricostruzione di angoli
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Ritrattamento monocalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
CHIRURGIA
Intervento per flemmone delle logge perimascellari
Apicectomia (compresa cura canalare)
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento
Asportazione cisti mascellari
Asportazione di epulide

Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc.
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)
Frenulotomia o frenulectomia
Biopsie (qualunque numero)
PROTESICA
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica
Protesi totale immediata (per arcata)
Gancio su scheletrato
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)
Corona protesica in L.N.P. e ceramica
Corona in L.P. e ceramica integrale
Corona protesica in ceramica integrale
Corona protesica provvisoria semplice in resina
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte
Riparazione di faccette in resina o ceramica
ORTOGNATODONZIA
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio
Bite notturno

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA
Levigatura delle radici/o curettage gengivale
Profilassi dentale (lucidatura)
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti) (
Placca di svincolo
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)
Gengivectomia per dente
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)
Lembo gengivale semplice
Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti
DIAGNOSTICA
Radiografia endorale (ogni due elementi)
Radiografia endorale per arcate
Bite wings
Radiografia: per ogni radiogramma in più
Ortopantomografia od ortopantomografica
Teleradiografia
Dentalscan 1 arcata
Dentalscan 2 arcate
Esame elettromiografico
Esame Kinesiografico

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistenti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione e in relazione al livello di Protezione prescelto.

D) Prevenzione Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in Strutture Convenzionate RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio, massimo una volta l'anno in Strutture Convenzionate RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa. L'Assistito, previo invio del certificato di pronto soccorso, dovrà quindi avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione e in relazione al livello di Protezione prescelto.

Opzione PLUS

A) Prestazioni di Implantologia

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona e i sottomassimali per impianto previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 20% per prestazione in Strutture Convenzionate RBM Salute.

B.1) Avulsione (estrazione denti)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), fino ad un massimo di 3 denti l'anno. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute al netto di una franchigia fissa per qualsiasi tipo di estrazione (semplice/complessa) in relazione al livello di Protezione prescelto.

B.2) Avulsione (estrazione denti) oltre il terzo dente

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), a partire dal quarto dente e senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute al netto una franchigia fissa per ogni avulsione, a seconda della tipologia di estrazione (semplice/complessa) e in relazione al livello di Protezione prescelto.

C) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute al netto delle franchigie previste in relazione al livello di Protezione prescelto.

Prestazione
CONSERVATIVA
Sigillatura (per ogni dente)
Cavità di 5 ^a classe di BLACK
Cavità di 1 ^a classe di BLACK
Cavità di 2 ^a classe di BLACK
Cavità di 3 ^a classe di BLACK
Cavità di 4 ^a classe di BLACK
Incappucciamento della polpa
Intarsio L.P. – Inlay od onlay
Intarsio in ceramica
Intarsio in composito
Ricostruzione di angoli
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)

Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Ritrattamento monocanalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
CHIRURGIA
Intervento per flemmone delle logge perimascellari
Apicectomia (compresa cura canalare)
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento
Asportazione cisti mascellari
Asportazione di epulide
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc.
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)
Frenulotomia o frenulectomia
Biopsie (qualunque numero)
PROTESICA
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica
Protesi totale immediata (per arcata)
Gancio su scheletrato
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)
Corona protesica in L.N.P. e ceramica
Corona in L.P. e ceramica integrale
Corona protesica in ceramica integrale
Corona protesica provvisoria semplice in resina
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta

Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte
Riparazione di faccette in resina o ceramica
ORTOGNATODONZIA
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio
Bite notturno
IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA
Levigatura delle radici/o courettage gengivale
Profilassi dentale (lucidatura)
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti) (
Placca di svincolo
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)
Gingivectomia (per quadrante come unica prestazione)
Gingivectomia per dente
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)
Lembo gengivale semplice
Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti
DIAGNOSTICA
Radiografia endorale (ogni due elementi)
Radiografia endorale per arcate
Bite wings
Radiografia: per ogni radiogramma in più

Ortopantomografia od ortopantomorica
Teleradiografia
Dentalscan 1 arcata
Dentalscan 2 arcate
Esame elettromiografico
Esame Kinesiografico

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione e in relazione al livello di Protezione prescelto.

D) Prevenzione Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in Strutture Convenzionate RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio, massimo una volta l'anno in Strutture Convenzionate RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa. L'Assistito, previo invio del certificato di pronto soccorso, dovrà quindi avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa

- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione e in relazione al livello di Protezione prescelto.

MODULO N. 6 – NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI

Opzione STANDARD

A) INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto “*Criteri per l’accertamento della perdita dell’autosufficienza*”) derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti “causa”), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni (“evento”).

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell’evento, cioè decorsi 90 giorni dall’insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi dei punti 24) e 25) dell’art. 17 “Esclusioni” delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito anche CGA, salvo quanto previsto dall’art. 16 “Patologie pregresse” delle CGA.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell’evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall’Assistito per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo “*Criteri per l’accertamento della perdita dell’autosufficienza*”.

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell’arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all’Assistito l’esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l’esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell’evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all’Assistito la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l’effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell’anno precedente allo stato di non autosufficienza dell’Assistito, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all’Assistito sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell’erogabilità della garanzia.

Somma Assicurata

La Società, nel caso in cui l'Assistito si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assistito un indennizzo annuo fisso, per un massimo di 3 anni, in relazione al livello di Protezione prescelto.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

1° grado: l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:

1° grado: l'Assistito è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assistito a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assistito stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

B) SERVIZI ASSISTENZIALI

Sono comprese nella garanzia anche i seguenti servizi assistenziali:

○ **Consulenza telefonica medico specialistica**

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi** un'équipe di specialisti con i quali conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

○ **Guardia medica permanente**

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Non è previsto alcun costo a carico dell'Assistito per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

○ **Second opinion**

L'Assistito, 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 presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica. Il servizio è attivo **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

○ **Tutoring**

L'Assistito può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica. Il servizio non comporta costi per l'Assistito da telefono fisso.

○ **Servizio Card (RBM Salute-Previmedical)**

Qualora l'Assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata con RBM Salute-Previmedical senza accedere con pagamento diretto, potrà farlo esclusivamente per le prestazioni sanitarie non previste dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva") oppure non rimborsabili ai sensi di polizza per esaurimento dei relativi massimali. In questo caso al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical, dovrà identificarsi in fase di accesso alla struttura mostrando la card RBM Salute-Previmedical.

Si ricorda che le tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical titolari della card RBM Salute-Previmedical sono meno vantaggiose del tariffario applicato con pagamento diretto.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Opzione PLUS

A) INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "*Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza*") derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi dei punti 24) e 25) dell'art. 17 "Esclusioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito anche CGA, salvo quanto previsto dall'art. 16 "Patologie pregresse" delle CGA.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e

dovranno essere attivate dall'Assistito per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "*Criteria per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza*".

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all'Assistito l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all'Assistito la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assistito, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assistito sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma Assicurata

La Società, nel caso in cui l'Assistito si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "*Criteria per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza*", erogherà all'Assistito un indennizzo annuo fisso, per un massimo di 3 anni, in relazione al livello di Protezione prescelto.

Criteria per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

1° grado: l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:

1° grado: l'Assistito è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo

- sbucciare la frutta

- aprire un contenitore/una scatola

- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assistito a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assistito stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

B) SERVIZI ASSISTENZIALI

Sono comprese nella garanzia anche i seguenti servizi assistenziali:

○ Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi** un'équipe di specialisti con i quali conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

○ Guardia medica permanente

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Non è previsto alcun costo a carico dell'Assistito per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

○ Second opinion

L'Assistito, 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 presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica. Il servizio è attivo **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

○ Tutoring

L'Assistito può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

Il servizio non comporta costi per l'Assistito da telefono fisso.

○ Servizio Card (RBM Salute-Previmedical)

Qualora l'Assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata con RBM Salute-Previmedical senza accedere con pagamento diretto, potrà farlo esclusivamente per le prestazioni sanitarie non previste dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva") oppure non rimborsabili ai sensi di polizza per esaurimento dei relativi massimali. In questo caso al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical, dovrà identificarsi in fase di accesso alla struttura mostrando la card RBM Salute-Previmedical.

Si ricorda che le tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical titolari della card RBM Salute-Previmedical sono meno vantaggiose del tariffario applicato con pagamento diretto.

○ Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario

Qualora l'Assistito, a seguito di ricovero per infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa.

In tal caso la Società garantisce la liquidazione dei costi del trasporto sino a un massimo di 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno) con un massimale di € 1.500 per evento.

In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il semplice rientro al domicilio, ove l'assistito si trovi ad almeno 50 km dallo stesso con un massimale di € 700 per evento.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

- **Rimpatrio della salma**

In caso di decesso all'estero durante un ricovero (conseguente ad intervento chirurgico), la Società provvede al pagamento delle spese per il rientro della salma con un massimale di € 2.000 per evento.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

MODULO N. 7 – MEDICINALI

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) FARMACI GENERICI

La garanzia prevede il rimborso delle spese per l'acquisto di medicinali "equivalenti" (o generici), ossia che contengono la stessa quantità di principio attivo e presentano la stessa biodisponibilità di un altro di marca con brevetto scaduto, che siano compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie, (intendendosi pertanto esclusi i medicinali omeopatici, galenici e parafarmaci), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assistito dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati e fustella; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 50% sulla spesa sostenuta.

B) COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER L'ACQUISTO DI MEDICINALI (TICKET)

La garanzia prevede il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'assistito per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci nonché i medicinali omeopatici e galenici), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assistito dovrà presentare la ricetta medica (ricetta rossa SSN) in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 50% sulla quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;
Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) FARMACI GENERICI

La garanzia prevede il rimborso delle spese per l'acquisto di medicinali "equivalenti" (o generici), ossia che contengono la stessa quantità di principio attivo e presentano la stessa biodisponibilità di un altro di marca con brevetto scaduto, che siano compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie, (intendendosi pertanto esclusi i medicinali omeopatici, galenici e parafarmaci), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assistito dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati e fustella; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla spesa sostenuta.

B) COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER L'ACQUISTO DI MEDICINALI (TICKET)



La garanzia prevede il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'assistito per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci nonché i medicinali omeopatici e galenici), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assistito dovrà presentare la ricetta medica (ricetta rossa SSN) in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

MODULO N. 8 – LENTI ED OCCHIALI

Opzione STANDARD

A) OCCHIALI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assistito per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute, lasciando a carico dell'Assistito esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione in relazione al livello di Protezione prescelto.

Descrizione prestazione
LENTI E MONTATURE
Lenti organiche bianche
Lenti organiche antiriflesso
Lenti organiche 1,67 ar
Lenti organiche 1,74 ar
Lenti lantanio ar
Lenti progressive
Lente oftalmica materiale infrangibile
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione
Transitions VI 1,5 antigraffio
Transitions VI 1,5 antiriflesso
Transitions VI 1,6 antigraffio

Transitions VI 1,6 antiriflesso
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso
Monofocale in vetro non trattata
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso
Monofocale in vetro 1,6 non trattata
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso
Montatura celluloide e/o metallo
Montatura glosant (a giorno)

B) ALTRE VOCI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assistito per l'acquisto di lenti a contatto e materiali ottici correttivi della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute, lasciando a carico dell'Assistito esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione in relazione al livello di Protezione prescelto.

Descrizione prestazione
LENTI A CONTATTO E MATERIALI OTTICI
Giornaliere 30 lenti
Giornaliere 90 lenti
Giornaliere toriche 30 lenti

Giornaliere toriche 90 lenti
Settimanali 6 lenti
Mensili 1 lente
Mensili 3 lenti
Mensili 6 lenti
Mensili toriche 3 lenti
Mensili toriche 6 lenti
Morbide annuali (alla coppia)
Morbide annuali toriche (alla coppia)
Rigide (alla coppia)
L.a.c. gas-permeabili
Cosmetiche mensili (alla coppia)
Soluzione salina
Perossido
Soluzione unica
Detergente
Collirio
Enzimi

Opzione PLUS

A) OCCHIALI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assistito per l'acquisto di 1 paio di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista all'anno a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

CONDIZIONI DI RIMBORSO

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 15 per occhiale.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 30 per occhiale.

B) ALTRE VOCI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assistito per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) o lenti a contatto correttive della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Salute, lasciando a carico dell'Assistito **esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione in relazione al livello di Protezione prescelto.**

Descrizione prestazione
LENTI E MATERIALI OTTICI
Giornaliere 30 lenti
Giornaliere 90 lenti
Giornaliere toriche 30 lenti
Giornaliere toriche 90 lenti
Settimanali 6 lenti
Mensili 1 lente
Mensili 3 lenti
Mensili 6 lenti
Mensili toriche 3 lenti
Mensili toriche 6 lenti
Morbide annuali (alla coppia)
Morbide annuali toriche (alla coppia)
Rigide (alla coppia)
L.a.c. gas-permeabili
Cosmetiche mensili (alla coppia)
Soluzione salina
Perossido
Soluzione unica
Detergente
Collirio
Enzimi

Lenti organiche bianche
Lenti organiche antiriflesso
Lenti organiche 1,67 ar
Lenti organiche 1,74 ar
Lenti lantanio ar
Lenti progressive
Lente oftalmica materiale infrangibile
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione
Transitions VI 1,5 antigraffio
Transitions VI 1,5 antiriflesso
Transitions VI 1,6 antigraffio
Transitions VI 1,6 antiriflesso
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso
Monofocale in vetro non trattata
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso
Monofocale in vetro 1,6 non trattata
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso
Montatura celluloide e/o metallo
Montatura glosant (a giorno)

MODULO N. 9 – PREVENZIONE

Opzione STANDARD

La copertura non opera all'Estero.

L'Assistito **può attivare a sua scelta una volta all'anno solo uno (1) degli otto (8) pacchetti seguenti a condizione che siano trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto prescelto relativo al presente modulo:**

A) PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assistito di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calcrischio.asp>).

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

B) PREVENZIONE ONCOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

C) PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assistito dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area iscritti" della Società accessibile tramite username e password sul sito www.rbmsalute.it

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b) nel caso in cui l'Assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. e si inviterà l'Assistito a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in Strutture Convenzionate RBM Salute da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

D) PREVENZIONE PEDIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione pediatrica prevede una 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

E) PREVENZIONE OCULISTICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione oculistica prevede le seguenti prestazioni:

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus

F) PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione delle vie respiratorie prevede le seguenti prestazioni:

- spirometria
- visita pneumologica

G) PREVENZIONE DERMATOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione dermatologica, volto a controllare le lesioni nevice e verificare che non ce ne siano di sospette, prevede le seguenti prestazioni:

- visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia

H) PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione otorinolaringoiatrica prevede le seguenti prestazioni:

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Opzione PLUS

La copertura non opera all'Estero.

L'Assistito **può attivare a sua scelta una volta all'anno fino a due (2) degli otto (8) pacchetti seguenti a condizione che siano trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto prescelto relativo al presente modulo:**

A) PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assistito di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calcol-rischio.asp>).

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

B) PREVENZIONE ONCOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)

- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

C) PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assistito dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area iscritti" della Società accessibile tramite username e password sul sito www.rbmsalute.it

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b) nel caso in cui l'Assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc e si inviterà l'Assistito a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in Strutture Convenzionate RBM Salute da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

D) PREVENZIONE PEDIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione pediatrica prevede una 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

E) PREVENZIONE OCULISTICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione oculistica prevede le seguenti prestazioni:

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus

F) PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione delle vie respiratorie prevede le seguenti prestazioni:

- spirometria
- visita pneumologica

G) PREVENZIONE DERMATOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione dermatologica, volto a controllare le lesioni nevice e verificare che non ce ne siano di sospette, prevede le seguenti prestazioni:

- visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia

H) PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione otorinolaringoiatrica prevede le seguenti prestazioni:

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

MODULO N. 10 – FISIOTERAPIA

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso.

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'infortunio e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse con applicazione di uno scoperto del **15%**.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno scoperto del **25%**.

In S.S.N.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente **senza applicazione di scoperti o franchigie** le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso.

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'infortunio e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse con applicazione di uno scoperto del **15%**.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno scoperto del **25%**.

In S.S.N.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente **senza applicazione di scoperti o franchigie** le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

B) Trattamenti fisioterapici a seguito di specifici interventi chirurgici, ortopedici, neurochirurgici

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a seguito di:

- a) intervento chirurgico ortopedico di artroprotesi;
- b) intervento chirurgico ortopedico diverso dall'artroprotesi;
- c) intervento di neurochirurgia endocranica;

d) intervento di neurochirurgia diverso dalla chirurgia endocranica (ad es. chirurgia vertebrale o neurochirurgia sui nervi periferici).

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'evento acuto di cui ai punti a), b), c) e d) e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni in caso di malattia.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse con applicazione di uno scoperto del **15%**.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno scoperto del **25%**.

In S.S.N.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente **senza applicazione di scoperti o franchigie** le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

MODULO N. 11 – MEDICINA ALTERNATIVA

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

Prestazioni di Medicina Alternativa o Complementare:

Sono riconosciute le spese per pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, quali visite e trattamenti di :

- agopuntura effettuata da medico;
- osteopatia;
- chiropratica.

sempreché siano accompagnate da referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente e siano effettuati da medico o presso un Centro Medico, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni in caso di malattia.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un massimo di € 20 per seduta.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assistito per un massimo di € 20 per seduta.

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

Prestazioni di Medicina Alternativa o Complementare:

Sono riconosciute le spese per pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, quali visite e trattamenti di :

- agopuntura effettuata da medico;
- osteopatia;
- chiropratica.

sempreché siano accompagnate da referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente e siano effettuati da medico o presso un Centro Medico, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni in caso di malattia.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un massimo di € 35 per seduta.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assistito per un massimo di € 35 per seduta.

MODULO N. 12 – MEDICINA ESTETICA

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

La Società provvede al rimborso delle spese sostenute durante il ricovero per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento; l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali e gli esami per i seguenti interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

Prestazione
MEDICINA ESTETICA
Teleangectasie
Asportazione xantelasma
Adiposità localizzate
Blefaroplastica (2 palpebre)
Blefaroplastica (4 palpebre)
Capezzolo introflesso
Correzione chirurgica cicatrice > 5 cm
Cicatrici da acne
Correzione chirurgica cicatrice < 5 cm
Dermoabrasione
Innesto dermoepidermico
Ricostruzione lobi auricolari
Otoplastica <Orecchie ventola>
Revisione di cicatrice

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia differenziata per ciascuna prestazione in relazione al livello di Protezione prescelto.

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due**

Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

La Società provvede al rimborso delle seguenti spese per gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche di seguito elencati.

Prima del ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro 30 giorni precedenti l'intervento chirurgico ambulatoriale, purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami.

Dopo il ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati entro i giorni successivi all'intervento chirurgico, in relazione al livello di Protezione prescelto e purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

Prestazione
MEDICINA ESTETICA
Teleangectasie
Asportazione xantelasma
Adiposità localizzate
Blefaroplastica (2 palpebre)
Blefaroplastica (4 palpebre)
Capezzolo introflesso

Correzione chirurgica cicatrice > 5 cm
Cicatrici da acne
Correzione chirurgica cicatrice < 5 cm
Dermoabrasione
Innesto dermoepidermico
Ricostruzione lobi auricolari
Otoplastica <Orecchie ventola>
Revisione di cicatrice

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 350 per evento.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000 per evento.

