



REGOLAMENTO E NOMENCLATORE

Fondo mètaSalute

REGOLAMENTO

Fondo mètaSalute

DISPOSIZIONI GENERALI

Il presente regolamento disciplina il funzionamento di metaSalute, il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti, costituito con atto pubblico il 21 novembre 2011 in attuazione di quanto previsto dal CCNL 15 ottobre 2009 e dall'Accordo Istitutivo del 10 novembre 2011.

Il presente regolamento, applicativo dello Statuto di metaSalute e dei successivi accordi intercorsi tra le parti istitutive del Fondo Federmecanica, Assisital e FIM-CISL, UILM-UIL è adottato ai sensi dell'art. 20 dello Statuto.

Per quanto non espressamente previsto nel presente regolamento valgono i contenuti dell'Atto Costitutivo, dello Statuto, le disposizioni contenute nel CCNL dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti e negli accordi sottoscritti dalle parti istitutive.

ART. 1 Soci del Fondo

Possono associarsi al Fondo i lavoratori dipendenti delle imprese che applicano il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti mediante adesione volontaria secondo le modalità e con gli effetti previsti dal presente regolamento.

Possono aderire a metaSalute:

- i lavoratori non in prova a tempo indeterminato compresi i lavoratori part-time con prestazione lavorativa pari ad almeno la metà del normale orario di lavoro aziendali previsto;
- i lavoratori part-time con prestazione lavorativa inferiore alla metà del normale orario di lavoro aziendali previsto con le modalità contributive specificate all'art. 9 del presente regolamento;
- i lavoratori con contratto di apprendistato;

- i lavoratori con contratto a tempo determinato con una durata residua del rapporto di lavoro pari ad almeno 12 mesi al momento della richiesta di adesione;
- i lavoratori con le caratteristiche definite ai precedenti punti a cui si applicano contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle stesse organizzazioni sindacali stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti previo accordo, per ciascun settore, tra le citate OOSS dei lavoratori e le rispettive organizzazioni imprenditoriali;
- i lavoratori di imprese per i quali sono già disponibili forme aziendali di assistenza sanitaria sulla base di specifici accordi e secondo le modalità stabilite all'art. 3 del presente regolamento;
- i dipendenti delle parti stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti anche se distaccati in base alla legge n. 300 del 1970;
- sono, altresì, soci del Fondo, le imprese che abbiano alle proprie dipendenze uno o più lavoratori iscritti a mètaSalute;
- I lavoratori che a seguito di trasferimento d'azienda, operato ai sensi dell'art. 47 , L. n. 428/1990, ovvero per effetto di mutamento di attività aziendale, abbiano perso i requisiti di cui al primo comma del presente articolo e le imprese da cui dipendono, possono continuare ad essere soci del Fondo se tale scelta viene concretizzata attraverso la stipula di un accordo aziendale.

ART. 2 Modalità di adesione

L'adesione al Fondo mètaSalute dei lavoratori che rientrano nelle tipologie definite all'art. 1, potrà avvenire con espressa manifestazione di volontà mediante la sottoscrizione di un apposito modello (scheda di adesione) e si concretizzerà con l'acquisizione, da parte del Fondo, dei dati contenuti nella scheda di adesione.

La scheda di adesione, che il lavoratore dovrà compilare in triplice copia, dovrà essere consegnata alla direzione aziendale che provvederà ad inviare la prima copia alla casella postale di mètaSalute all'indirizzo indicato nella stessa, conserverà la seconda copia per propria documentazione e restituirà la terza al lavoratore attestandone la data di ricezione.

L'adesione al Fondo presuppone la conoscenza e l'accettazione da parte dell'interessato delle norme dello Statuto e del presente Regolamento, nonché delle altre norme collettive che regolano l'attività del Fondo.

L'adesione al Fondo delle imprese si concretizzerà in modo automatico al momento dell'adesione di uno o più dipendenti dell'impresa stessa.

In fase di prima applicazione i lavoratori in forza alle aziende che applicano il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti potranno aderire a partire dal mese di maggio fino a tutto il mese di dicembre 2012. Le iscrizioni si perfezioneranno in modo automatico al raggiungimento di 100.000 iscritti o a seguito delle scelte operate dal Consiglio di Amministrazione di mètaSalute.

Le adesioni successive al 31 dicembre 2012 decorreranno esclusivamente dal primo giorno dei mesi di aprile, luglio, ottobre e gennaio di ciascun anno e le prestazioni saranno erogate a partire dal primo giorno del trimestre successivo.

ART. 3

Modalità tecniche della procedura di adesione

La scheda di adesione sarà scaricabile dal sito www.fondometasalute.it e verrà compilata secondo le seguenti modalità attuative.

- a) L'azienda, accedendo con la password al sito www.fondometasalute.it potrà scaricare i moduli di adesione contenenti tutti i dati relativi all'azienda necessari ai fini della adesione dei lavoratori. Distribuendo ai dipendenti tale modello si eviterà, successivamente, di dover compilare manualmente la parte della scheda in cui dovranno essere inseriti i dati relativi

- all'impresa. In questo caso il lavoratore dovrà completare la scheda di adesione inserendo i dati personali.
- b) Il lavoratore, mediante il sito www.fondometasalute.it, potrà, inserendo la denominazione dell'azienda presso cui lavora, compilare direttamente la scheda di adesione trovando pre-compilate le informazioni inerenti l'azienda stessa.
 - c) In presenza di problemi tecnici che potrebbero insorgere nella due precedenti procedure, l'azienda e il lavoratore potranno stampare un modello di scheda di adesione privo di informazioni pre-compilate. In questo caso il lavoratore compilerà la parte di sua competenza e l'azienda provvederà a compilare la parte del modulo relativa ai dati aziendali.

In tutti e tre i casi (a-b-c) il modello, debitamente firmato, in triplice copia andrà consegnato all'azienda che provvederà a farlo pervenire alla casella postale di mètaSalute.

Nel corso del 2012 le aziende dovranno far pervenire a mètaSalute le schede degli aderenti con cadenza mensile con ultimo invio, per l'anno 2012, entro il mese di dicembre.

ART. 4

Adesione a mètaSalute di lavoratori e imprese metalmeccaniche con forme di sanità integrativa preesistenti

Con comunicazione al CdA di mètaSalute possono aderire al Fondo le imprese che già dispongono di forme di sanità integrativa.

Tale richiesta deve essere corredata da accordo aziendale dove esistono rappresentanze sindacali o può essere fatta unilateralmente dalle imprese in cui non risultano presenti rappresentanze sindacali.

L'adesione sottintende l'accettazione sia da parte delle imprese che dei lavoratori aderenti, delle condizioni stabilite dal Fondo ed in particolare le modalità contributive previste per gli aderenti a mètaSalute e le relative contribuzioni.

Sarà, inoltre, possibile concordare con mètaSalute prestazioni/pacchetti aggiuntivi in base alle esigenze delle aziende interessate.

ART. 5
Contribuzione e pacchetti aggiuntivi

Il Fondo renderà disponibili pacchetti aggiuntivi rispetto alle prestazioni base con la definizione delle prestazioni e del relativo maggior contributo.

ART. 6
Permanenza nel Fondo e modalità di sospensione e di cessazione

La sottoscrizione della scheda di adesione al Fondo comporta la permanenza nel Fondo stesso per tutto l'anno solare a cui si riferisce la data di iscrizione salvo i casi espressamente previsti ai successivi commi. In fase di prima applicazione i lavoratori che si iscrivono al Fondo nel corso del 2012 si impegnano a garantire la loro permanenza nel Fondo per tutto l'anno 2013.

L'adesione al Fondo si rinnoverà tacitamente di anno in anno, salvo il caso in cui il lavoratore comunichi la disdetta dell'adesione entro il mese di ottobre di ciascun anno, con efficacia a partire dal 1 gennaio dell'anno successivo con conseguente cessazione della contribuzione e delle prestazioni sanitarie alla medesima data. In tale ipotesi il lavoratore compilerà un apposito modulo da consegnare all'azienda che provvederà, attraverso il sito www.fondometasalute.it a comunicarlo al Fondo.

Il CdA può cancellare l'iscrizione in caso di dolo o colpa grave dell'iscritto rifiutando, altresì, una successiva richiesta di iscrizione.

Il lavoratore che ha comunicato la volontà di recedere dal Fondo potrà riscriversi non prima che sia trascorso almeno un anno dalla data della sua cancellazione.

Nel caso di risoluzione del rapporto di lavoro l'adesione e il pagamento della contribuzione e le corrispondenti prestazioni cesseranno l'ultimo giorno del trimestre in cui si risolve il rapporto ovvero l'ultimo giorno del trimestre nel quale termina il periodo di preavviso sostituito dalla relativa indennità. In questa ipotesi il datore di lavoro tratterrà dalle competenze

di fine rapporto del lavoratore i ratei dell'intera contribuzione relativi ai mesi non coperti da retribuzione.

E' inoltre facoltà del lavoratore chiedere la sospensione della contribuzione a cui seguirà la contestuale cessazione delle prestazioni, anche in corso d'anno, qualora il rapporto di lavoro risulti, per qualsiasi causa, sospeso (CIG a zero ore, maternità facoltativa, ecc.) ed il lavoratore non percepisca quote di retribuzione diretta.

In considerazione del carattere di mutualità in base al quale è ordinato il Fondo, il recesso non dà alcun diritto a rimborsi dei contributi a qualunque titolo dovuti.

ART. 7

Contribuzione a carico del datore di lavoro

La contribuzione a carico del datore di lavoro è normalmente quella prevista dal CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti ed in fase di prima applicazione il suo ammontare è pari ad 2 euro mensili.

La contribuzione mensile a carico del datore di lavoro è prevista in misura piena (2 euro mensili a partire dal mese di gennaio 2013) in tutti i casi in cui nei rispettivi mesi di competenza vengano erogate ai lavoratori anche quote parziali di retribuzione diretta, ovvero la parte di retribuzione erogata a fronte dell'effettiva prestazione lavorativa.

L'intera contribuzione mensile è, inoltre, dovuta in misura piena anche nel caso di corresponsione di quote di retribuzione ad integrazione di indennità versate da istituti previdenziali ed assistenziali e per il periodo di godimento delle ferie e dei permessi annui retribuiti (PAR).

La contribuzione del datore di lavoro non è, invece, dovuta, neanche in misura parziale, in assenza di pagamenti di quote di retribuzione diretta relativamente al mese di riferimento. Non costituiscono retribuzione diretta eventuali pagamenti di indennità sostitutive di ferie e PAR, la corresponsione di Premi di Risultato e ratei di premi a cadenza ultra mensile e tutti gli altri elementi retributivi accessori.

L'intera contribuzione a carico del datore di lavoro è dovuta per intero anche per i lavoratori part-time con orario di lavoro pari o superiore al 50% del normale orario aziendale.

Il contributo del datore di lavoro non è dovuto per i lavoratori part-time con orario di lavoro inferiore al 50% del normale orario aziendale.

ART. 8

Contribuzione a carico del lavoratore

La contribuzione a carico del lavoratore aderente al Fondo è normalmente quella prevista dal CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti ed in fase di prima applicazione il suo ammontare è pari ad 1 euro mensile.

Il lavoratore che aderisce si impegna, come indicato nel modulo di adesione, a versare per intero la quota complessiva pari a 3 euro mensili qualora ricorrano le condizioni di cui al precedente art. 7 ovvero in assenza nel corso del mese di competenza di obbligo del datore di lavoro al pagamento della contribuzione fermo restando la possibilità di sospensione di cui al sesto comma dell'art.6. In questo caso il datore di lavoro provvederà a trattenere l'intera contribuzione dalle competenze mensili del lavoratore se erogate da istituti previdenziali ed assistenziali. Nel caso di lavoratori in aspettativa non retribuita, o con pagamento diretto delle competenze da parte degli istituti previdenziali ed assistenziali, il contributo previsto sarà trattenuto dalle competenze spettanti al lavoratore al momento della ripresa del lavoro ovvero dalle spettanze di fine rapporto.

Per i lavoratori part-time con orario di lavoro inferiore al 50% del normale orario aziendale che si iscriveranno al Fondo l'intera quota mensile è prevista a loro totale carico.

ART. 9 Versamento dei contributi

Le aziende verseranno trimestralmente la quota di contribuzione prevista, sia quella a carico delle imprese che quella a carico dei lavoratori, che dovrà essere trattenuta mensilmente dalla busta paga dei lavoratori iscritti.

Il versamento dovrà essere effettuato entro il 20 del mese successivo al trimestre di riferimento, ovvero entro il giorno 20 dei mesi di aprile, luglio, ottobre e gennaio di ciascun anno e dovrà essere pari alla quota contrattualmente stabilita moltiplicata per il numero dei lavoratori iscritti, non essendo previste contribuzioni ridotte.

In fase di prima applicazione, nei termini e nei tempi che saranno stabiliti dal CdA, al fine di garantire prestazioni migliori per gli iscritti, alla contribuzione contrattualmente prevista (2 euro mensili a carico del datore di lavoro ed 1 euro mensile a carico del lavoratore) si aggiungeranno 1,5 euro mensili erogati da mètaSalute attingendo agli introiti per la fase di avvio dello stesso Fondo.

Il versamento dei contributi deve essere effettuato sul conto corrente bancario intestato al Fondo mètaSalute presso l'istituto bancario prescelto, tramite bonifico.

Entro il giorno 10 dei mesi di aprile, luglio, ottobre e gennaio, prima, dunque, della disposizione del bonifico, l'azienda dovrà inviare per via informatica al Fondo la distinta contenente i dati anagrafici dei lavoratori per i quali viene effettuato il versamento, ponendo particolare attenzione alla corrispondenza tra l'importo contenuto in distinta e quello da versare tramite bonifico.

ART. 10 Ritardato e mancato versamento

Il ritardato pagamento superiore al mese comporta l'applicazione di un interesse di mora pari al tasso ufficiale legale aumentato di un punto percentuale. Nel caso in cui il ritardato pagamento superi i tre mesi, il Fondo provvederà a darne comunicazione ai lavoratori interessati al fine di consentire la regolarizzazione della posizione contributiva.

Qualora il mancato versamento dovesse ulteriormente protrarsi il Fondo sospenderà le prestazioni decorsi sei mesi dalla data del mancato versamento.

Su motivata richiesta il CdA potrà concedere dilazioni o rateizzazioni del pagamento dei contributi dovuti stabilendone condizioni e modalità.

ART. 11 Decorrenza delle prestazioni

I lavoratori potranno fruire delle prestazioni fornite dal Fondo a partire dal primo giorno del mese successivo al trimestre a cui si riferisce la prima contribuzione.

Nella fase iniziale le prestazioni saranno erogate a partire dal mese di aprile 2013.

Nel caso di trasferimento di un dipendente presso una azienda applicante lo stesso CCNL per la quale valgano le stesse condizioni assicurative, il dipendente sarà considerato iscritto al Fondo con effetto dalla data di prima adesione e in continuità di copertura, senza quindi essere nuovamente soggetto all'applicazione del periodo di carenza.

In questo caso sarà comunque necessaria la ricompilazione del modulo di adesione da sottoporre al nuovo datore di lavoro.

NOMENCLATORE

Fondo mètaSalute

ART. 1 Oggetto della copertura

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

- ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio (come da elenco allegato);
- igiene orale, cure conservative, ortodonzia;
- interventi chirurgici odontoiatrici;
- prestazioni a tariffe agevolate UniSalute (per le sole garanzie "igiene orale, cure conservative, ortodonzia" - "interventi chirurgici odontoiatrici");
- fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria;
- servizi di consulenza e assistenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

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

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

Art. 2 Persone per cui è operante la copertura

La copertura è prestata a favore dei lavoratori dipendenti, aventi le caratteristiche di cui al regolamento del Fondo metaSalute art. 1 "Soci del Fondo", di imprese applicanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti regolarmente iscritte al Fondo stesso.

E' prevista l'iscrizione volontaria del dipendente e la stessa sarà soggetta ad un periodo di carenza assoluta di 3 mesi come previsto dal Regolamento del Fondo metaSalute.

Art. 3
Prestazioni previste

RICOVERO

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO (come da elenco allegato)

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

Pre ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **90 giorni precedenti** l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'incidento che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Intervento chirurgico

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

Assistenza medica, medicinali, cure

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

Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Accompagnatore

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

Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (**queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura**), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), effettuati nei **90 giorni successivi** alla cessazione del

ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza l'applicazione di alcuna franchigia ma nel sottolimito del massimale previsto per singolo intervento, come indicato nell'elenco allegato alla polizza.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società è consentito solo nel caso in cui l'Assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società; in questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato senza l'applicazione di alcuna franchigia ma nel sottolimito del massimale indicato previsto per singolo intervento, come indicato nell'elenco allegato alla polizza.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti in aggiunta all'importo complessivo dell'Indennità sostitutiva di cui al successivo punto "Indennità Sostitutiva".

INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per un ricovero in copertura a termini di polizza (vedi elenco allegato) né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), avrà diritto a un'indennità di €. 130,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 10 giorni per ogni ricovero.

NB: La prima giornata di ricovero in Istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.

MASSIMALE ASSICURATO

Per quanto concerne il massimale assicurato vedasi "elenco interventi chirurgici" allegato.

ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

IGIENE ORALE, CURE CONSERVATIVE, ORTODONZIA

La Società liquida le spese sostenute per:

- Igiene orale;
- Cure conservative;
- Ortodonzia.

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

L'utilizzo di **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società è consentito **solo nel caso in cui l'Assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società; in questo caso** le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nel limite del massimale indicato.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 180,00 per persona.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

La Società liquida le spese sostenute per:

- Osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso del cavo orale;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti radicolari;
- cisti follicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- intervento per iperostosi, osteomi (toro - palatino, toro mandibolare ecc.);
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico;
- rizotomia e rizectomia;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Solo nei casi sopraelencati è previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale a completamento dell'intervento.

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

La documentazione medica necessaria per ottenere l'indennizzo consiste in:

radiografie e referti radiologici per:

- osteiti mascellari;
- iperostosi;
- osteomi;
- rizotomia e rizectomia;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;

- intervento per iperstosi, osteomi (toro - palatino, toro mandibolare ecc.);

radiografie, referti radiologici e referti istologici per:

- odontoma;
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- adamantinoma;
- neoplasie ossee;
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; **per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.**

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società è consentito solo nel caso in cui l'Assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società; in questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nel limite del massimale indicato.

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

NB: si specifica che l'indennizzo per quanto sopra descritto è previsto sia in caso di regime ospedaliero sia in caso di regime ambulatoriale.

Relativamente al regime ospedaliero si precisa che in questo caso, oltre ai costi dell'equipe operatoria, sono compresi i costi (nei limiti previsti dalle garanzie sotto elencate) relativi alla:

- **Intervento chirurgico:** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);

diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopraindicato.

- **Assistenza medica, medicinali, cure:** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- **Rette di degenza:** Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per persona.

PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Solo per le prestazioni previste all'art. "Odontoiatria/Ortodonzia: artt. "Igiene orale, cure conservative, ortodonzia" e "Interventi chirurgici odontoiatrici" è possibile richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete di Strutture Sanitarie Convenzionate con la Società, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto fermo restando che il relativo costo resterà a carico dell'Assicurato.

Questa facoltà è concessa **solamente nei seguenti casi:**

- prestazioni **odontoiatriche** non elencate negli articoli interessati;
- esaurimento del massimale previsto negli articoli interessati.

FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA

Indennizzo delle spese per trattamenti di fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio, a partire dal 1° giorno successivo all'infortunio stesso (avvenuto durante l'operatività del contratto), esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso oppure eseguiti a partire dal 91° giorno post intervento indennizzabile secondo i termini riportati all'art. "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio".

Le prestazioni devono essere prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico e non saranno in alcun modo rimborsabili le spese sostenute per il noleggio di apparecchiature, presidi e protesi, né agopuntura.

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società è consentito solo nel caso in cui l'Assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società; in questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nel limite del massimale indicato senza l'applicazione di alcuna franchigia

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona.

SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

CONSULENZA SANITARIA TELEFONICA:

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde dedicato (attivo dal 2013) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia 0039 + numero dedicato (attivo dal 2013).

La Società fornisce altresì servizi di consulenza e assistenza medica telefonica immediata tramite l'équipe di medici della Centrale Operativa.

a) **Informazioni sanitarie telefoniche**

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**

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

ASSISTENZA ALLA PERSONA IN ITALIA:

I seguenti servizi di consulenza e assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde dedicato (attivo dal 2013), 24 ore su 24, 365 giorni l'anno festivi compresi.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia 0039 + numero dedicato (attivo dal 2013).

a) **Pareri medici**

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

b) **Invio di un medico**

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

dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

c) Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato:

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

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

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

d) Collaboratrice domestica

Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica: la Compagnia provvederà, nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane.

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

e) Invio di medicinali a domicilio

L'assistenza sarà prestata qualora l'assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad

allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico, e nessuno può andare per lui.

La Compagnia di Assicurazioni provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare assicurato. A carico dell'Assicurato resta solo il costo dei medicinali.

f) Rientro dal ricovero di primo soccorso

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

g) Trasporto in autoambulanza

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

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

h) Spesa a domicilio

Nei casi di:

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

che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, la Società provvederà, nelle quattro settimane

successive al sinistro, ad organizzare la consegna al domicilio dell'Assicurato di generi alimentari/prima necessità.

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

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

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le terapie medico-chirurgiche finalizzate all'estetica (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connesse all'elenco di grandi interventi);
2. gli interventi e qualsiasi atto chirurgico finalizzati al trattamento dell'infertilità e/o sterilità maschile e/o femminile e comunque tutti gli atti finalizzati alla fecondazione artificiale;
3. i Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in Strutture per lunga degenza;
4. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica sportiva esercitata professionalmente;
6. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove ed allenamenti;
7. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assistito;
8. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla Radioterapia;
9. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
10. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
11. certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive;

12. imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei vhs, dei cd, dei dvd, spese di viaggio;
13. emodialisi;
14. iniezioni sclerosanti;
15. lenti da vista, lenti a contatto e montature;
16. medicina legale e medicina del lavoro;
17. medicinali non somministrati in degenza;
18. prestazioni di medicina generica comprendenti, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc.;
19. medicina omeopatica e/o alternativa;
20. ricoveri in Case di Cura dedicate al benessere della persona;

LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 70° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 71° anno d'età da parte dell'Assicurato.

Allegato - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

AREE DI PRESTAZIONI	MASSIMALE
Cardiochirurgia e chirurgia toracica	
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€ 6.250,00
Fistole arterovenose polmonari	€ 12.500,00
Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	€ 12.500,00
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€ 12.500,00
Trapianto cardiaco	€ 37.500,00
Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti complessi o complicati	€ 15.000,00
Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti singoli non complicati	€ 12.500,00
Tutti gli interventi: a cuore chiuso	€ 12.500,00
Collo	
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	€ 6.250,00
Tiroidectomia totale (chirurgica o con radioiodio terapia)	€ 12.500,00
Esofago	
Interventi con esofagoplastica	€ 8.750,00
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 12.500,00
Fegato	
Deconnessione azigos-portale per via addominale	€ 8.750,00
Derivazioni biliodigestive	€ 6.250,00
Drenaggio di ascesso epatico	€ 6.250,00
Epatomia e coledocotomia	€ 12.500,00
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 6.250,00
Interventi per echinococcosi	€ 8.750,00
Interventi sulla papilla di Water	€ 6.250,00
Papillotomia per via transduodenale	€ 6.250,00
Reinterventi sulle vie biliari	€ 8.750,00

Resezioni epatiche	€ 12.500,00
Trapianto di fegato	€ 37.500,00
Interventi su polmone - bronchi - trachea	
Interventi per ferite del polmone	€ 6.250,00
Interventi per fistole bronchiali	€ 12.500,00
Pleuropneumectomia	€ 18.750,00
Pneumectomia	€ 12.500,00
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 18.750,00
Resezioni segmentarie e lobectomia	€ 12.500,00
Timectomia per via toracica	€ 6.250,00
Trapianto di polmone	€ 37.500,00
Tumori della trachea	€ 18.750,00
Interventi sul mediastino	
Interventi per tumori	€ 15.000,00
Interventi sul sistema nervoso simpatico	
Simpaticectomia cervico-toracica	€ 8.750,00
Simpaticectomia lombare	€ 6.250,00
Intestino	
Colectomia totale	€ 8.750,00
Colectomie parziali	€ 6.250,00
Nervi periferici	
Anastomosi extracranica di nervi cranici	€ 8.750,00
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 6.250,00
Interventi sul plesso brachiale	€ 15.000,00
Neurochirurgia	
Anastomosi dei vasi extra-intracranici	€ 18.750,00

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 12.500,00
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 18.750,00
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 6.250,00
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 6.250,00
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	€ 18.750,00
Asportazione tumori dell'orbita	€ 8.750,00
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€ 12.500,00
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	€ 8.750,00
Cordotomia e mielotomia per cutanea	€ 12.500,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€ 8.750,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€ 12.500,00
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€ 12.500,00
Emisferectomia	€ 18.750,00
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	€ 18.750,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore	€ 12.500,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore	€ 12.500,00
Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	€ 18.750,00
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 8.750,00
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 12.500,00
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 8.750,00
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 12.500,00
Intervento per craniostenosi	€ 12.500,00

Intervento per encefalomeningocele	€ 12.500,00
Intervento per epilessia focale e callosotomia	€ 12.500,00
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	€ 15.000,00
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	€ 8.750,00
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 12.500,00
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 12.500,00
Radiochirurgia gammaknife	€ 6.250,00
Radiochirurgia stereotassica	€ 6.250,00
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 8.750,00
Spondilolistesi	€ 8.750,00
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili	€ 15.000,00
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	€ 18.750,00
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	€ 12.500,00
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	€ 12.500,00
Pancreas - Milza	
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 8.750,00
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 8.750,00
Interventi per pancreatite acuta	€ 12.500,00
Interventi per pancreatite cronica	€ 6.250,00
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreaticata	€ 8.750,00
Splenectomia	€ 6.250,00
Peritoneo	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 8.750,00
Retto - Ano	

Interventi per neoplasie del retto - ano	€ 6.250,00
Operazione per megacolon	€ 12.500,00
Proctocolectomia totale	€ 12.500,00
se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 6.250,00
Stomaco, duodeno	
Cardioplastica	€ 6.250,00
Gastroectomia se allargata	€ 15.000,00
Gastroectomia totale	€ 12.500,00
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 8.750,00
Mega-esofago e esofagite da reflusso	€ 8.750,00
Resezione gastrica	€ 12.500,00
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-opertoria	€ 12.500,00
Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	€ 8.750,00
Torace - parete toracica	
Correzioni di malformazioni parietali	€ 12.500,00
Resezione costali	€ 6.250,00
Toracotomia esplorativa	€ 6.250,00
Osteosintesi	
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€ 12.500,00
Plastiche per paralisi facciali: Dinamica	€ 6.250,00
Push-bach e faringoplastica	€ 6.250,00
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo	€ 6.250,00
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€ 12.500,00
Arti	
Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)	€ 8.750,00
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 15.000,00

Ricostruzione del pollice	€ 15.000,00
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 6.250,00
Cranio - faccia e collo	
Cranioplastica	€ 8.750,00
Gravi e vaste mutilazioni del viso	€ 18.750,00
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 6.250,00
Labioschisi bilaterale	€ 6.250,00
Palatoschisi totale	€ 6.250,00
Ricostruzione della emimandibola	€ 6.250,00
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 6.250,00
Riduzione frattura orbitaria	€ 8.750,00
Torace e addome	
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 6.250,00
Malformazione della gabbia toracica	€ 15.000,00
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 8.750,00
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 18.750,00
Ricostruzione vaginale	€ 8.750,00
Chirurgia vascolare	
Anastomosi mesenterica-cava	€ 12.500,00
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 12.500,00
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 12.500,00
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 8.750,00
Embolectomia e trombolectomia arteriosa per arto	€ 6.250,00
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 12.500,00
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 8.750,00

Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 8.750,00
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	€ 12.500,00
Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 12.500,00
Interventi per innesti di vasi	€ 8.750,00
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 12.500,00
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 6.250,00
Legatura vena cava inferiore	€ 8.750,00
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 12.500,00
Sutura arterie periferiche	€ 6.250,00
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 6.250,00
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti	€ 8.750,00
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 8.750,00
Trombectomia venosa periferica cava	€ 6.250,00
Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 6.250,00
Ginecologia	
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	€ 8.750,00
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	€ 6.250,00
Collo	
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 6.250,00
Asportazione di fistole congenite	€ 6.250,00
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€ 8.750,00
Esofagotomia cervicale	€ 6.250,00

Legatura di grossi vasi	€ 6.250,00
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 6.250,00
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€ 6.250,00
Laringe	
Cordectomia per via tirotomica	€ 6.250,00
Interventi per paralisi degli abduttori	€ 8.750,00
Laringectomia parziale	€ 8.750,00
Laringectomia ricostruttiva	€ 12.500,00
Laringectomia sopraglottica	€ 8.750,00
Laringectomia totale	€ 12.500,00
Laringofaringectomia	€ 8.750,00
Bulbo oculare	
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 6.250,00
Orbita	
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	€ 12.500,00
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 8.750,00
Odontocheratoprosi	€ 8.750,00
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario od ospedaliero)	€ 6.250,00
Ortopedia e Traumatologia	
Artroprotesi di anca	€ 18.750,00
Artroprotesi di ginocchio	€ 12.500,00
Artroprotesi di gomito	€ 6.250,00
Emipelvectomia	€ 12.500,00
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 18.750,00

Protesi totale per displasia d'anca	€ 18.750,00
Ostetricia	
Laparotomia per gravidanza extrauterina	€ 6.250,00
Cavo orale e faringe	
Idem, con svuotamento latero-cervicale	€ 6.250,00
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	€ 6.250,00
Tumori parafaringei	€ 12.500,00
Ghiandole salivari	
Asportazione della parotide	€ 6.250,00
Parotidectomia totale con preparazione del facciale	€ 6.250,00
Orecchio esterno	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 8.750,00
Orecchio medio ed interno	
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 8.750,00
Apertura di ascesso cerebrale	€ 12.500,00
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 6.250,00
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 8.750,00
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 12.500,00
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 8.750,00
Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 6.250,00
Distruzione del labirinto	€ 6.250,00
Neurinoma dell'VIII paio	€ 18.750,00
Sezione del nervo coclearie	€ 15.000,00
Sezione del nervo vestibolare	€ 15.000,00
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 6.250,00
Trattamento delle petrositi suppurate	€ 8.750,00

Apparato genitale maschile	
Amputazione totale del pene	€ 8.750,00
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 6.250,00
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	€ 6.250,00
Orchidopessi bilaterale	€ 6.250,00
Orchiectomia allargata per tumore	€ 12.500,00
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 6.250,00
Rene	
Endopielolitotomia per stenosi del giunto piero-uretale	€ 8.750,00
Lombotomia per ascessi pararenali	€ 6.250,00
Nefrectomia allargata per tumore	€ 15.000,00
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 18.750,00
Nefrectomia parziale	€ 12.500,00
Nefrectomia semplice	€ 6.250,00
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 12.500,00
Nefroureterectomia totale	€ 18.750,00
Pielotomia	€ 6.250,00
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 6.250,00
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 12.500,00
Trapianto renale	€ 37.500,00
Surrene	
Surrenalectomia	€ 12.500,00
Uretere	
Sigmoidostomia	€ 6.250,00
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 12.500,00
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 8.750,00

Ureterocistoneostomia con psioizzazione vescicole	€ 8.750,00
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 6.250,00
Ureteroplastica	€ 6.250,00
Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale	€ 8.750,00
Uretra	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 8.750,00
Uretrectomia	€ 6.250,00
Vescica	
Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder	€ 18.750,00
Cistoprostatovesicolectomia con neovescica rettale	€ 15.000,00
Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi	€ 15.000,00
Cistoprostatovesicolectomia con ureterosigmoidostomia	€ 12.500,00
Diverticolectomia con U.C.N.	€ 6.250,00
Emitrignonectomia	€ 6.250,00
Ileo bladder	€ 6.250,00
Ileo e\o coloncistoplastiche	€ 12.500,00
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 12.500,00
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 6.250,00
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 8.750,00
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 8.750,00
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 18.750,00

metaSalute

Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici



FEDERMECCANICA



FIM-CISL

