

eltiq.

daily welfare

NORME DI ATTUAZIONE
ORIZZONTE

INDICE

PREMESSA	3
Art. 1 – Norme di carattere generale	
Art. 2 – Prestazioni previste con l’adesione al Piano Mutualistico ORIZZONTE	
ELENCO PRESTAZIONI E GARANZIE	6
Art. 2.2 – Ricovero In Istituto Di Cura	
Art. 2.3 - Prestazioni Extra-Ospedaliere	
LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI	11
Art. 3.1 - Estensione Territoriale	
Art. 3.2 - Esclusioni	
Art. 3.3 – Carenze	
Art. 3.4 – Situazioni pregresse	
Art. 3.5 - Limiti Di Età	
EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI PER SPESE MEDICHE	13
DOC 24	17
AIDA CARE	24
PRESTAZIONI OSSIGENO-OZONOTERAPIA	26
COLLOQUIO DI CONSULENZA E AIUTO PSICOLOGICO	27
ALLEGATO B - Grande Intervento Chirurgico	28

PREMESSA

Le presenti “Norme Generali di Attuazione” al Piano Mutualistico “ORIZZONTE” di rimborso spese mediche, erogato dalla Società di Mutuo Soccorso ELTIQ, individua le prestazioni previste in favore del Socio nel caso in cui questi debba sostenere spese di natura medica e sanitaria a seguito di infortunio o malattia.

I dati riportati nelle presenti Norme rappresentano i punti salienti delle forme di assistenza e costituiscono elemento vincolante, al fine della copertura mutualistica, eventualmente integrata dal testo di Convenzione separatamente sottoscritto dalla Mutua.

Per ulteriori informazioni ed eventuali chiarimenti, i Soci possono rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti di ELTIQ.

Mail: info@eltiq.it

Pec: eltiq@legalmail.it

Tel.: 06/98181136

Art. 1 - Norme di carattere generale

Art. 1.1 - Dichiarazioni del Socio

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Socio o di chiunque sia beneficiario del Piano Mutualistico relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e sulla situazione legata alla attivazione dei piani possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al sussidio nonché l'annullamento del Piano Mutualistico e relativa esclusione da Socio della Mutua per comportamento scorretto verso la mutua stessa e gli altri Soci.

Art. 1.2 - Decorrenza del Piano Mutualistico – Versamento del contributo e quote associative

La domanda di adesione si ritiene conclusa nel momento in cui sia debitamente sottoscritta dal Socio e sia stata valutata positivamente con apposita delibera del Consiglio di amministrazione (CdA) della Società ELTIQ. La copertura sottoscritta ha effetto dalle 24:00 del giorno di delibera del CdA, se il Contributo o la prima rata di esso sono stati pagati.

Il Contributo è sempre determinato per periodi di un anno (12 mesi) ed è interamente dovuto dal Socio, anche qualora ne sia stato convenuto il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale. Il versamento del Contributo e delle quote associative può essere effettuato solo nelle seguenti modalità:

- Pagamento con carta di credito;
- Bonifico bancario o postale sui rispettivi conti correnti indicati sulla domanda di adesione;
- Altra modalità di pagamento specificamente indicata all'atto della sottoscrizione del Piano Mutualistico.

In caso di mancato versamento del Contributo o anche solo una delle rate, secondo le modalità sopra indicate, la copertura oggetto delle presenti Norme sarà automaticamente sospesa. Il versamento del Contributo o delle rate del Contributo non corrisposte potrà avvenire entro e non oltre 60 gg dall'ultimo pagamento ricevuto da Eltiq. In caso di prolungamento della morosità e trascorsi 6 mesi consecutivi, secondo quanto previsto dallo Statuto e dai Regolamenti che disciplinano ELTIQ, il socio moroso decade automaticamente, perde ogni diritto e viene cancellato dai ruoli sociali.

Resta inteso che durante il periodo di morosità le richieste di prestazioni o di rimborso non saranno liquidabili; la riattivazione del Piano Mutualistico avrà efficacia dalle ore 24:00 del giorno di delibera prestabilito e del relativo versamento (di tutte le rate di Contributo non corrisposte) e, in tal caso, rimarranno ferme le successive scadenze del versamento dei contributi.

Art. 1.3 - Adeguamento del Contributo

Il Contributo annuale previsto per ciascun Socio potrà essere adeguato nel tempo. Tale adeguamento sarà applicato previa comunicazione al Socio entro 60 giorni antecedenti la scadenza annuale della Copertura al fine di mantenere un equilibrio tra i partecipanti alla Mutua nonché la tenuta finanziaria ed economica di quest'ultima.

Art. 1.4 - Durata e proroga al Piano Mutualistico ORIZZONTE

L'adesione al Piano mutualistico si rinnova tacitamente, fatto salvo il diritto di disdetta e recesso che potranno essere esercitati da parte del Socio. Il Socio potrà recedere con un preavviso di 90 giorni, tale termine è da intendersi perentorio, tramite raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo Via XX Settembre 98/G - 00187 Roma (RM) oppure alla pec: eltiq@legalmail.it

Resta fermo il diritto di ELTIQ di recedere in caso di morosità superiore a sei mesi o comportamenti scorretti e/o manifestamente in conflitto con la ELTIQ o verso i Soci.

Art. 1.5 - Foro competente

Ogni controversia relativa al presente regolamento è soggetta alla giurisdizione italiana ed alla competenza esclusiva del Tribunale di Roma.

Art. 2 Prestazioni previste con l'adesione al Piano Mutualistico ORIZZONTE

Art. 2.1 - Oggetto delle prestazioni previste con l'adesione al Piano Mutualistico ORIZZONTE

Oggetto del piano mutualistico è il rimborso delle spese sanitarie sostenute dal Socio a seguito di infortunio o malattia. La Mutua accorda al Socio il rimborso delle spese, accertate e documentate, fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti, gli scoperti e le franchigie e nelle modalità indicate di seguito nel contratto, che comprendono anche il pagamento diretto alle strutture convenzionate in luogo del rimborso, secondo quanto previsto.

Il piano mutualistico opera fino alla concorrenza del massimale unico di 250.000,00 € per il rimborso o l'indennizzo diretto delle spese sostenute dal Socio in caso di malattia e in caso di infortunio. Fermi i limiti eventualmente previsti per ogni singola prestazione.

Nel caso di ricovero per Grande Intervento Chirurgico (come da allegato B), il massimale è pari a € 500.000,00.

Qualora il Socio decida di inserire nel piano mutualistico i componenti del nucleo familiare quali ulteriori Soci, tutti i membri dovranno essere inseriti e assistiti con le medesime garanzie e somme.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita il Socio può rivolgersi a:

- Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate dalla Mutua esclusivamente in Italia
- Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Mutua
- Servizio Sanitario Nazionale

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

Le prestazioni verranno erogate e gestite secondo le modalità di seguito previste.

Art. 2.1.1 - Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Mutua ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle spese previste per:

- Pre ricovero in caso di Ricovero in Istituto di Cura;
- Assistenza infermieristica privata individuale in caso di Ricovero in Istituto di Cura;
- Trasporto Sanitario

le quali vengono rimborsate al Socio nei limiti previsti ai punti indicati senza applicazioni di scoperti o franchigie.

Verranno invece liquidate, nei limiti previsti per le rispettive garanzie, direttamente alla struttura sanitaria convenzionata le seguenti spese:

- Parto e Aborto
- Ospedalizzazione Domiciliare

Art. 2.1.2 Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche NON convenzionate con la Mutua.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate al Socio con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di 2.000,00 € ad eccezione delle seguenti:

- Retta di Degenza in caso di Ricovero in Istituto di Cura;
- Accompagnatore in caso di Ricovero in Istituto di Cura;
- Assistenza infermieristica privata individuale in caso di Ricovero in Istituto di Cura;
- Trasporto Sanitario
- Parto e Aborto

che vengono rimborsate al Socio nei limiti previsti per le rispettive garanzie.

Art. 2.1.3 - Prestazioni nel 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 "Indennità Sostitutiva con pre e post ricovero".

Qualora il Socio sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Mutua rimborserà integralmente quanto anticipato dal Socio nei limiti previsti nei diversi punti, pertanto la garanzia “Indennità Sostitutiva” non sarà operativa.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico del Socio, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato agli articoli precedenti 2.1.1 - Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Mutua ed effettuate da medici convenzionati o 2.1.2 - Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Mutua.

Art. 2.2 - Elenco prestazioni e garanzie: Ricovero In Istituto Di Cura

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

Art. 2.2.1 - Pre-Ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Art. 2.2.2 - 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. Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate dalla Mutua con il massimo di 2.500,00 € per ricovero.

Art. 2.2.3 - Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Art. 2.2.4 - Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Mutua, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di 300,00 € al giorno.

Art. 2.2.5 - Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Mutua, la garanzia è prestata nel limite di 200,00 € al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Art. 2.2.6 - Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di 50,00 € al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Art. 2.2.7 - 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 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Art. 2.2.8 - Trasporto Sanitario

La Mutua rimborsa le spese di trasporto del Socio in ambulanza, con unità coronarica mobile all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di 1.500,00 € a ricovero.

Art. 2.2.9 - Day-Hospital

Nel caso di day-hospital, la Mutua provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste agli art. 2.2 Ricovero in Istituto di Cura e 2.2.8 - Trasporto Sanitario con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

Art. 2.2.10 - Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Mutua provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste agli art. 2.2.1 - Pre-ricovero, 2.2.2 - Intervento chirurgico, 2.2.3 - Assistenza medica, medicinali, cure, 2.2.7 - Post-ricovero e 2.2.8 - Trasporto sanitario con i relativi limiti in essi indicati.

Art. 2.2.11 - Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Mutua liquida le spese previste agli art. 2.2 Ricovero in Istituto di Cura e 2.2.8 - Trasporto Sanitario con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia garantisce le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

Art. 2.2.12 - Parto Cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Mutua, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui agli art. 2.2.2 - Intervento chirurgico, 2.2.3 - Assistenza medica, medicinali, cure, 2.2.4 - Retta di Degenza, 2.2.5 - Accompagnatore 2.2.7 - Post-ricovero e 2.2.8 - Trasporto sanitario con i relativi limiti in essi indicati. La garanzia è prestata fino ad un massimo di 2.000,00 € per anno e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia 2.2.8 - Trasporto Sanitario

Art. 2.2.13 - Parto Non Cesareo, Aborto Terapeutico E Spontaneo

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Mutua, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui agli art. 2.2.2 - Intervento chirurgico, 2.2.3 - Assistenza medica, medicinali, cure, 2.2.4 - Retta di Degenza, relativamente alle prestazioni all'art. 2.2.4 "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto, ed infine art. Trasporto Sanitario con il relativo limite in esso indicato. La garanzia è prestata fino ad un massimo di 1.000,00 € per anno e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia all'art. 2.2.8 Trasporto Sanitario

Art. 2.2.15 - Indennità Sostitutiva

Il Socio, qualora non richieda alcun rimborso alla Mutua, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse in quanto i costi sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ferma restando la possibilità da parte della Mutua di provvedere al pagamento delle spese di "pre" e "post ricovero" con le modalità di cui agli art. art. 2.2.1 - Pre-ricovero e 2.2.7 - Post-ricovero, avrà diritto a un'indennità di 80,00 € per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 120 giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle garanzie di "pre" e "post ricovero" in questo caso vengono rimborsate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti agli art. 2.1.1 e 2.1.2 ed assoggettate ad un massimale annuo per nucleo familiare pari a 2.000,00 €

Art. 2.2.16 - Ospedalizzazione Domiciliare

La Mutua, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini del piano e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la rete convenzionata con la Mutua, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Mutua rimborserà quanto previsto dal programma medico/riabilitativo secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Il massimale annuo corrisponde a 10.000,00 € per nucleo familiare.

Art. 2.3 - Elenco Prestazioni e Garanzie: Prestazioni Extra-Ospedaliere

La Mutua provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere secondo i limiti previsti per ciascuna di esse e comunque entro la concorrenza del massimale unico previsto all'articolo 2.1.

Art. 2.3.1 - Alta Specializzazione

In deroga a quanto previsto all'art. 3.2 Esclusioni al punto 17, la Mutua provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica		Accertamenti	Terapie
Angiografia	Flebografia	Ecocardiografia	Chemioterapia
Artrografia	Fluorangiografia	Elettroencefalogramma	Cobaltoterapia
Broncografia	Galattografia	Elettromiografia	Dialisi
Cistografia	Isterosalpingografia	Mammografia o Mammografia Digitale	Radioterapia
Cistouretrografia	Retinografia	PET	
Clisma opaco	Rx esofago con mezzo di contrasto	Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)	
Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)	Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto	Scintigrafia	

Colangiografia percutanea (PTC)	Rx tenue e colon con mezzo di contrasto	Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
Colangiografia trans Kehr	Scialografia	
Colecistografia	Splenoportografia	
Dacriocistografia/Dacriocistotac	Urografia	
Defecografia	Vesciculodeferentografia	
Fistolografia	Videoangiografia	
	Wirsungrafia	

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Mutua, le spese per le prestazioni erogate al Socio vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di 30,00€ che dovrà essere versato dal Socio alla struttura sanitaria convenzionata con la Mutua al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui il Socio si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Mutua, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 50,00 € per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui il Socio si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico del Socio.

Il massimale annuo Socio per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 3.000,00 € per nucleo familiare.

Art. 2.3.2 - Protesi/Ausili Medici Ortopedici Ed Acustici

La Mutua rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di 300,00 € per nucleo familiare. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali a mero titolo esemplificativo: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici, ecc..

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 50,00 € per fattura/persona.

Art. 2.3.3 - Cure Oncologiche

In deroga a quanto previsto all'art. 3.2 Esclusioni punto 17 la Mutua, nei casi di malattie oncologiche, liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

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

Nel caso in cui il Socio si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Mutua, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

Nel caso in cui il Socio si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico del Socio.

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 3.000,00 € per nucleo familiare.

Art. 2.3.4 – Visite specialistiche ed altri accertamenti diagnostici

Nel caso di Infortunio o Malattia (anche sospetta), documentati da certificazione medica, la Mutua provvede al pagamento delle spese sostenute per visite specialistiche ed altri accertamenti diagnostici, diversi da quelli esposti all'art. 2.3.1

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Mutua, le spese per le prestazioni erogate al Socio vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di 20,00€ che dovrà essere versato dal Socio alla struttura sanitaria convenzionata con la Mutua al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui il Socio si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Mutua, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 40,00 € per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 1.000,00 € per nucleo familiare.

Art. 2.3.5 - Prestazioni Odontoiatriche Particolari – Igiene Dentaria

In deroga a quanto previsto all'art. 3.2 Esclusioni al punto 3, la Mutua provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari per il solo Socio Caponucleo fruibile una volta l'anno esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate con la Mutua indicate dalla Struttura di gestione dei Rimborsi previa prenotazione. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Composizione del pacchetto: Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo.

Inoltre restano sempre a carico del Socio, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Art. 2.3.6 – Odontoiatria/Ortodonzia/Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto all'art. 3.2 Esclusioni al punto 3, la Mutua provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico comprese le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni a seguito di infortunio consiste in:

- radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

La prestazione è fruibile esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate con la Mutua

indicate dalla Struttura di gestione dei Rimborsi previa prenotazione.

Nel caso in cui il Socio si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Mutua rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico fino alla concorrenza del massimale annuo garantito sotto riportato.

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 200,00 € per nucleo familiare, con applicazione di uno scoperto del 15% a carico del Socio.

Art. 2.3.7 - Lenti

La Mutua rimborsa al Socio le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel limite annuo di 100,00 € per nucleo familiare

La Mutua provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di una franchigia di 50,00 € per fattura/persona.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus

Art. 3 - Limitazioni ed esclusioni

Art. 3.1 - Estensione Territoriale

Le garanzie valgono in tutto il mondo fermo restando che i convenzionamenti sono garantiti solo nel territorio italiano.

Art. 3.2 - Esclusioni

La copertura prevista dal presente contratto non è operante per:

- le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori, conosciute e diagnosticate, al momento dell'adesione, salvo quanto disciplinato nell'art. 3.4 "Situazioni Pregresse";
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità del Socio di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche del Socio che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

- gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dal Socio;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dal Socio con dolo o colpa grave;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;
- tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Art. 3.3 – Carenze

Le prestazioni previste nel presente piano mutualistico decorrono

- per gli infortuni dal momento in cui ha effetto l'adesione;
- per le malattie dal 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione;
- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal 300° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione;
- per l'aborto terapeutico o spontaneo o post-traumatico, la garanzia è operante soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'adesione;
- per le situazioni pregresse vedi tabella di cui all'art.3.4.

Le suddette carenze non si applicano qualora il piano mutualistico sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro piano o copertura assicurativa riguardante gli stessi Assistiti, oppure sia oggetto di rinnovo.

I termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la copertura sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente piano, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni ad essa previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso del contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni.

Art. 3.4 – Situazioni pregresse

La Mutua, a parziale deroga dell'esclusione di cui all'art. 3.2 alinea 1 e per riconoscere ed apprezzare la fiducia riservata nel tempo dai propri Soci, garantisce il rimborso delle spese, ovvero la diaria sostitutiva del rimborso, nella misura di cui alla tabella di seguito riportata per le situazioni pregresse e specificatamente per le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori, conosciute e diagnosticate, già al momento dell'adesione:

Periodo di associazione alla Mutua	% di rimborso/diaria	Massimale annuo
Dopo 2 anni consecutivi	Copertura nella misura del 50% di quanto previsto agli art. 2.1 - 2.2 -2-3	Sino ad un massimo di € 35.000 annui per persona o per nucleo

Esclusivamente per i Soci che al momento della sottoscrizione del presente piano fossero già assistiti da almeno due anni senza soluzione di continuità da altro piano mutualistico per il rimborso delle spese mediche stipulato la copertura decorrerà per le situazioni pregresse e specificatamente per le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori, conosciute e diagnosticate, già al momento dell'adesione senza l'applicazione dei periodi di cui sopra e solo con l'applicazione dei termini di carenza di cui all'art. 3.3 precedente.

Art. 3.5 - Limiti Di Età

Il piano può essere sottoscritto o rinnovato fino al raggiungimento dell'80° anno di età del Socio Caponucleo, e la Mutua non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 80 anni; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del Socio Caponucleo cessa la validità del piano nel medesimo momento in cui termina per Socio Caponucleo.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'80° anno di età, la validità del piano cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Socio.

Art 4. Erogazione delle prestazioni per spese mediche

Art. 4.1 - Modalità di fruizione

Per le spese sostenute a seguito delle prestazioni previste all'art 2.2. e seguenti Prestazioni Ospedaliere e 2.3 e seguenti Prestazioni Extra-Ospedaliere il Socio potrà, a seconda della possibilità prevista dalla singola prestazione di godere in tutto o in parte delle forme di seguito elencate:

- avvalersi di Istituti di cura e medici convenzionati usufruendo del pagamento diretto da parte della Mutua (forma diretta);
- avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, usufruendo del pagamento diretto da parte della Mutua per la quota relativa alla struttura e richiedendo successivamente il rimborso alla Mutua per la quota relativa al personale medico (forma mista);
- avvalersi di Istituti di cura e medici non convenzionati (forma indiretta), richiedendo successivamente il rimborso alla Mutua;
- utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale;
- secondo quanto di seguito indicato:

1. Forma diretta: Utilizzo di Istituti di cura e medici convenzionati

Qualora il Socio ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici convenzionati, attivandosi preventivamente con l'Ufficio Sinistri, la Mutua pagherà direttamente all'Istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico del Socio, secondo quanto previsto dal piano mutualistico scelto.

2. Forma Mista: Utilizzo di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Qualora il Socio ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, la Mutua provvede al pagamento in forma diretta delle sole spese relative alla struttura e provvederà al rimborso al Socio per le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza per il regime indiretto, per le spese relative al personale medico.

3. Forma indiretta: Utilizzo di Istituti di cura e medici non convenzionati

Qualora il Socio ritenga di avvalersi di Istituti di cura e medici non convenzionati, la Mutua rimborsa al Socio le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando eventuali scoperti e/o franchigie previsti dal piano mutualistico per il regime indiretto.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora il Socio in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico del Socio, purché indennizzabili a termini di polizza, sempre che il Socio non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

Le prestazioni previste nel piano mutualistico vengono erogate, nel limite dei massimali anno pattuiti per ciascun Socio, con le modalità, i limiti ed i criteri previsti dal presente contratto.

Attenzione: l'elenco delle Case di Cura e dei Medici convenzionati è soggetto ad aggiornamenti. È necessario, pertanto, contattare sempre l'Ufficio Assistenza Soci per conoscere in tempo reale lo stato dei convenzionamenti.

Qualora il Socio utilizzi una struttura sanitaria convenzionata senza avere preventivamente contattato l'Ufficio Sinistri, le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive prestazioni.

Art. 4.2 - Attivazione dell'Ufficio Assistenza Soci Forma Diretta – Centri Convenzionati

Per usufruire delle prestazioni mediche di un centro convenzionato, il Socio deve contattare preventivamente l'Ufficio Sinistri, dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18, tramite i seguenti numeri telefonici:

Dall'Italia il numero - 039 06 98181136

Dall'estero il numero - +39 06 98181136

Numeri attivi dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18

L'autorizzazione da parte dell'Ufficio Assistenza Soci ad effettuare la prestazione in rete comporta il servizio di pagamento diretto da parte della Mutua alla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione.

Il Socio, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria prevista dalla sezione A Prestazioni Ospedaliere presso una struttura convenzionata deve contattare l'Ufficio Assistenza Soci almeno 7 giorni feriali prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la copertura della prestazione.

L'Ufficio Assistenza Soci è raggiungibile dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18, al numero sopra indicato.

In caso di urgenze che non consentano l'apertura del sinistro con l'anticipo richiesto, qualora quindi ci fossero dei giorni festivi che intercorrono tra la denuncia e il ricovero, è possibile

chiamare il numero sopra indicato anche fuori orario e degli operatori dedicati gestiranno la presa in carico in urgenza. Qualora l'operatore dovesse rilevare la non urgenza della pratica, il Socio verrà invitato a contattare l'Ufficio Assistenza Soci negli orari di apertura.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore del Socio, è necessario comunicare:

- nome e cognome della persona che effettua la prestazione
- contraente della copertura mutualistica
- recapito telefonico mobile della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- tipologia della prestazione
- nominativo equipe medica

Il Socio riceverà quindi dall'Ufficio Assistenza Soci una mail con allegato il modulo privacy, che dovrà rinviare firmato, con l'elenco della documentazione da produrre per permettere un'adeguata valutazione del sinistro, da inviare via mail all'indirizzo info@eltiq.it

A titolo esemplificativo, documentazione quale:

- prescrizione medica con indicazione del quesito diagnostico
- diagnosi
- anamnesi prossima e remota
- referti esami strumentali
- qualsiasi altro documento l'Ufficio Assistenza Soci in fase di valutazione riterrà opportuno richiedere per la prestazione richiesta

La preventiva richiesta del Socio, l'invio della documentazione sopra indicata e la successiva conferma da parte dell'Ufficio Assistenza Soci sono condizioni indispensabili per l'operatività del pagamento diretto.

All'atto del ricevimento di tutta la documentazione medica richiesta, l'Ufficio Assistenza Soci, valutata la validità della copertura rispetto alla prestazione, autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed avvisa il Socio del buon esito della pratica. La prenotazione del ricovero e di tutte le prestazioni ad esso correlate, sono a carico del Socio.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà all'Ufficio Assistenza Soci direttamente le fatture e la copia dei referti o cartelle cliniche per la valutazione finale rispetto alle prestazioni effettuate così da poter provvedere al pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie. Qualora al ricevimento della cartella clinica venissero rilevate prestazioni discordanti da quanto preventivamente autorizzato, l'Ufficio Assistenza Soci si riserva di modificare l'autorizzazione inviata e di pagare esclusivamente le spese ritenute in copertura.

Il Socio dovrà provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

Relativamente al pagamento diretto delle spese relative alle Prestazioni Extra-Ospedaliere, il Socio dovrà provvedere a contattare l'Ufficio Assistenza Soci almeno 5 giorni prima della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico che effettuerà la visita e di valutare la copertura della prestazione. Il Socio provvederà alla prenotazione della stessa in autonomia, e comunicherà via mail all'Ufficio Sinistri:

- data della prestazione
- struttura presso cui effettuerà la visita
- medico con cui effettuerà la visita
- allegnerà inoltre la prescrizione medica con indicazione del quesito diagnostico.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dal piano mutualistico, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte dell'Ufficio Assistenza Soci non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro con modalità rimborsuale.

Si ribadisce che il Socio avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente a quanto autorizzato dall'Ufficio Assistenza Soci.

4.3 - Pagamento in forma Indiretta - Prestazioni fuori dalla Rete Convenzionata

Il Socio, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura non convenzionata deve inviare una mail a info@eltiq.it entro trenta giorni dall'avvenuto ricovero o dall'effettuazione di prestazioni extra ricovero rientranti nelle garanzie previste, allegando i seguenti documenti:

- prescrizione medica relativa alla prestazione da effettuare con indicazione del quesito diagnostico
- cartella clinica
- referti di esami strumentali
- parcelle, notule, distinte, ricevute e fatture, sulle quali siano indicati nome, cognome, e domicilio della persona che si è sottoposta alle cure e che risultino pagate e quietanzate.
- Iban su cui effettuare il rimborso
- qualsiasi altro documento l'Ufficio Assistenza Soci in fase di valutazione riterrà opportuno richiedere per la prestazione richiesta.

Il Socio si impegna a restituire alla Mutua gli importi dalla stessa liquidati per prestazioni che, dall'esame della cartella clinica o da altra documentazione medica, risultino successivamente non indennizzabili.

Per i casi avvenuti all'estero, nei paesi con uso di valuta diversa dall'Euro, i rimborsi verranno effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 4.4 - Pagamento in forma mista – Prestazioni in Rete Convenzionata e con medici non convenzionati

Qualora il Socio, previa autorizzazione della Centrale Operativa, utilizzi uno o più chirurghi, medici e paramedici o un'intera equipe chirurgica non convenzionati per effettuare un intervento chirurgico presso una Struttura facente parte del Network, il rimborso delle spese avverrà come segue:

- Spese relative alla Struttura Convenzionata: seguirà quanto previsto dall'art. 4.2 Pagamento Forma diretta;
- Spese relative all'equipe medica non convenzionata: seguirà quanto previsto dall'art. 4.3 Pagamento Forma indiretta

Il pagamento in forma mista si applica esclusivamente a ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali.

DOC 24

DOC è un servizio che consente al Socio di ricevere assistenza a distanza, attivo 24 ore su 24, usufruibile attraverso l'apposita App DOC 24, disponibile su Apple Store e Google Play e tramite sito web www.doc24.it. DOC 24

L'assistenza medica a distanza e ogni prestazione inclusa nel servizio DOC 24 è fornita esclusivamente da personale medico qualificato, dotato delle necessarie abilitazioni e operante in regime privatistico.

DOC 24 include le prestazioni di servizio nel numero riportato, come da tabella sotto riportata:

Tabella 1	Prestazioni	Top
A.1)	Televisita con Medico Generico	Illimitato
A.2)	Video visita generico con Medico Generico	Illimitato
A.3)	Televisita/Videovisita con Medico Specialista	2
A.5)	Consulenza Nutrizione per Percorso benessere	1
A.7)	Interprete LIS	Illimitato
B	Telemonitoraggio dei parametri vitali e Servizio Alert	Illimitato
C	Check Salute	24
D	Storia medica online	Illimitato
E	Localizzazione GPS	Illimitato
F	Cerca farmaco & trova farmacia	Illimitato
G	Convenzione Lenti e Occhiali	Illimitato
H.1)	Invio medico generico a domicilio	1
H.2)	Consegna farmaci a domicilio	1
H.3)	Trasporto in ambulanza non emergenza	1
I.1)	Accesso al network - Italia	Illimitato
I.2)	Gestione dell'appuntamento network convenzionato	Illimitato
I.3)	Accesso al network - Estero	Illimitato

Il socio può richiedere l'erogazione di prestazioni aggiuntive, oltre a quanto previsto nelle condizioni indicate nella TABELLA 1.

La Centrale Operativa organizzerà le ulteriori prestazioni richieste, che saranno fornite dal Medico generico, previo pagamento del corrispettivo corrispondente, secondo i costi indicati nella tabella seguente:

Prestazione	Costo unitario iva inclusa
Videovisita/Televisita con medico generico	€ 60
Videovisita/Televisita con medico specialistico (Pediatra o Cardiologo)	€ 120
Check Salute (24 misurazioni)	€ 34

Il Socio può usufruire dei servizi, così come indicato al paragrafo “Prestazioni incluse – Descrizione”, senza alcun limite di volte per tutta la durata del servizio.

Qualora l’abbonamento lo preveda è possibile avere l’accesso ai servizi di assistenza anche tramite il servizio “LIS” lingua dei segni italiana per persone sorde.

Il servizio è attivabile istantaneamente in videochiamata entro 1 minuto dalla richiesta e disponibile tutti i giorni lunedì-domenica dalle 8:00 alle 18:00.

Il servizio di interpretariato è disponibile solo a distanza.

La prestazione è fornita per un massimo di volte come previsto dalla sez. A.7) della Tabella 1

A) Servizi di consulenza a distanza

Attraverso DOC 24, sia da APP che da web o attraverso il numero di telefono dedicato, il socio potrà effettuare 24 ore su 24 tele o videovisite con un Medico generico o specialistico.

A seguito dell’erogazione dei consulti il socio riceverà via mail il report riepilogativo del consulto effettuato e lo potrà trovare sempre all’interno della propria pagina personale. Il presente documento viene trasmesso al solo fine di fornire un riassunto del contenuto del parere rilasciato. Il presente documento non costituisce in alcun modo un referto medico né può essere utilizzato come tale.

A.1) Televisita con Medico Generico

Attraverso DOC 24, sia da APP che da web o attraverso il numero di telefono dedicato, il socio potrà effettuare 24 ore su 24 una televisita con medico generico.

La prestazione è fornita per un massimo di volte come previsto dalla sez. A.1) della Tabella 1.

Eventuali consulti medici telefonici derivanti dal Servizio Alert sono inclusi dal numero di prestazioni previste in questa sezione.

A.2) Videovisita con Medico Generico

Attraverso DOC 24, sia da APP che da web o attraverso il numero di telefono dedicato, il Socio potrà effettuare 24 ore su 24 una videovisita con medico generico.

La prestazione è fornita per un massimo di volte come previsto dalla sez. A.2) della Tabella 1.

Eventuali consulti medici telefonici derivanti dal Servizio Alert sono inclusi dal numero di prestazioni previste in questa sezione.

A.3) Televisita/videovisita con Medico Specialista

Attraverso DOC 24, sia da APP che da web o attraverso il numero di telefono dedicato, il Socio

potrà effettuare 24 ore su 24 una televisita o videovisita con Medico generico prima di accedere a quello specialistico. La prestazione viene a seguito di una prima valutazione del Medico generico e verrà poi erogata in base alla specializzazione richiesta 24 ore su 24 (cardiologo, pediatra) o dalle 9:00 alle 18:00 (altre specializzazioni presenti nel network) richiedendo l'organizzazione di un appuntamento alla Centrale Operativa attraverso l'apposita sezione presente all'interno dell'App o del sito DOC 24.

Specializzazioni: angiologia, allergologia, cardiologia, chirurgia, dermatologia, endocrinologia, fisiatra, gastroenterologia, ginecologia, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, oculistica, ortopedia, ostetricia, otorinolaringoiatria, pediatria, pneumologia, reumatologia, senologia, urologia.

La prestazione è fornita per un massimo di volte e solo con gli specialisti presenti nel network, come indicato nella sez.A.3) della Tabella 1.

Il socio può richiedere a pagamento consulti aggiuntivi (v. Tabella 2), nel caso avesse già totalmente usufruito del numero massimo di prestazioni previste, laddove presenti nell'abbonamento. (v. Tabella 1). La Centrale Operativa organizzerà il consulto via telefono o in video, secondo le preferenze indicate dal Socio, dando conferma allo stesso del costo della prestazione che dovrà essere pagata su base tariffaria con carta di credito prima dell'inizio della tele o video visita richiesta.

In assenza di una connessione Internet adeguata al funzionamento del servizio, il Socio può accedervi sempre via telefono, attraverso il numero dedicato.

A.5) Consulenza Nutrizione per Percorso Benessere

Il Servizio prevede che il percorso nutrizione richiesto si articoli da un panel di pareri con un Professionista della rete convenzionata, al fine di offrire un percorso di sostegno temporaneo che necessita di una soluzione/inquadramento del bisogno alimentare e/o di stile di vita adeguato.

Il percorso è così composto:

- Primo assesment nutrizionale: con la raccolta di tutte le info dell'utente (misurazioni, allergie, obiettivi, stile di vita)
- 2 consulti di follow up: programmati direttamente dal professionista e dall'utente in base alle rispettive necessità per un supporto per qualsiasi informazione sul programma nutrizionale fornito e verifica del percorso.
-

Il Servizio di Supporto Nutrizione è attivo dalle 09.00 alle 18.00 tutti i giorni, escluso domenica e festivi.

La prestazione è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez. A.5) della Tabella 1.

A.6) Interprete LIS

Attraverso DOC 24, sia da APP che da web, il Socio potrà richiedere il supporto per l'accesso ai servizi previsti in abbonamento avendo a disposizione 7 giorni su 7 un interprete della lingua dei segni.

La prestazione è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez. A.7) della Tabella 1.

B) Tele monitoraggio parametri vitali e servizio Alert

Tele-monitoraggio:

Qualora il socio effettui le misurazioni di uno o più dei seguenti parametri vitali:

pressione arteriosa;

- ossigenazione del sangue;
- frequenza cardiaca;
- glicemia;
- peso;
- temperatura;
- activity tracker;
- sonno

potrà, tramite APP o sito, inserire manualmente i dati rilevati dai device medici in uso ovvero l'inserimento sarà automatico se utilizzerà i device integrati con DOC 24 o se gli stessi device in possesso del socio sono rilevabili dalla APP Health Kit di Apple (I-Phone) a cui deve dare autorizzazione per il trasferimento delle misurazioni in via automatica all'APP DOC 24. Per prendere visione dei dispositivi compatibili con DOC 24, accedere al sito www.doc24.it.

I dispositivi integrati con DOC 24 sono compatibili con la maggior parte degli smartphone e tablet Apple e Android. È tuttavia possibile che in alcune circostanze si presentino incompatibilità impreviste. In questi casi il Socio può inserire la misurazione manualmente e, qualora la situazione persista, contattare la Centrale Operativa al numero dedicato, dalle 9.00 alle 18.00 da lunedì al venerdì, per chiedere assistenza tecnica.

Può essere consigliabile disattivare il servizio durante lo svolgimento di attività fisica ad alta intensità in sicurezza, ovvero quando le misurazioni dei parametri vitali possono risultare alterate senza un reale bisogno di accertamenti. Per disattivarlo dissociare il collegamento tra il dispositivo e l'App DOC 24.

In presenza di connessione Internet adeguata le misurazioni verranno automaticamente registrate nella Storia medica online (sez. D della Tab. 1), nella quale verrà conservato l'intero storico delle rilevazioni.

Alert:

Salvo diversa indicazione, al momento dell'attivazione vengono impostati automaticamente, sulla base degli standard medici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, i limiti minimo e massimo dei diversi monitoraggi. Qualora la misurazione fuoriesca dai limiti stabiliti, il sistema attiverà un "Alert" in Centrale Operativa, a seguito del quale si metterà in contatto con il socio tramite il mezzo più idoneo (cellulare) per fornire un'assistenza immediata e concordare gli interventi più appropriati, laddove ritenuti necessari.

La Centrale Operativa non ha visione del dato rilevato ma solo di una richiesta di assistenza a seguito di Alert per una misurazione registrata. Nessuna valutazione verrà analizzata sul dato rilevato manualmente o dal dispositivo integrato.

La prestazione viene erogata 24 ore su 24 ed è fornita gratuitamente per tutta la durata del servizio

La prestazione è fornita per un numero massimo di volte come dalla sez. B) della Tabella 1.

C) Check Salute

All'interno dell'area riservata l'utente potrà utilizzare il servizio di misurazione in 30 secondi dei propri parametri. Il Servizio permette attraverso la videocamera del pc/smartphone di poter rilevare alcuni parametri vitali tra cui:

- Pressione
- Battito cardiaco
- Variabilità battito cardiaco (HRV)

- Stress
- Respirazione

Tali dati rilevati vengono raccolti da una tecnologia estremamente innovativa chiamata Transdermal Optical Imaging (TOI), la quale estrae in tempo reale dati relativi al flusso sanguigno facciale e li analizza per determinare i parametri vitali dell'utente. La tecnologia si basa sul fatto che la pelle umana è traslucida. La luce e le sue rispettive lunghezze d'onda sono riflesse in diversi strati sotto la pelle e possono essere utilizzate per rilevare alcune informazioni. Il software rileva e traccia automaticamente, attraverso la videocamera del computer, il viso identificando le regioni chiave di interesse (ROI). Dopo circa 30 secondi i dati vengono elaborati e mostrati all'utente.

Si precisa che il sistema non è un Medical Device e pertanto ha la sola finalità di una rilevazione dei parametri per uno stato di salute generale e non possono essere considerati con un fine diagnostico, né essere utilizzati a supporto di eventuali consulenze a distanza, fornite dal servizio stesso. Si elenca per precisione il grado di attendibilità del dato rilevato:

- Pressione > 95 %
- Battito cardiaco > 99 %
- Variabilità battito cardiaco (HRV) 90%
- Stress 92%
- Respirazione 90%

La prestazione è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez. C) della Tabella 1

D) Storia Medica online

La Storia medica online consente al Socio di poter usufruire di una sezione dedicata dove inserire tutte le informazioni relative ai dati anagrafici:

- dati personali: data di nascita; gruppo sanguigno; colore pelle; peso; altezza; stato civile
- allergie
- segni particolari: es. segnalare eventuali cicatrici, tatuaggi o nei
- abitudini: es. abitudini alimentari
- nascita: es. nato a termine o prematuro, peso
- anamnesi famigliare: patologie famigliari
- anamnesi personale: malattie o traumi o interventi chirurgici, protesi
- malattie professionali
- contatti di emergenza: medico di riferimento oppure altri contatti

Inoltre, all'interno di questa sezione, il socio potrà trovare tutte le misurazioni registrate in DOC 24 riguardo ai propri parametri vitali (Sez. B Tab.1), in presenza di una connessione a banda sufficiente, permettendo così di archiviare tutti i dati sulla propria salute, di tradurli automaticamente nelle lingue più conosciute, di allegare immagini di diagnostica di precedenti esami specialistici (radiografie, tac, elettrocardiogrammi ecc.).

La prestazione è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez.D) della Tabella 1.

E) Localizzazione GPS

In caso necessità, se preventivamente autorizzata dal socio, l'App invierà alla Centrale Operativa anche la posizione in cui si trova il socio, per facilitare la gestione dell'assistenza in caso di invio di medico o ambulanza a seguito di ricezione di Alert per parametri vitali.

Questa funzionalità può essere in qualsiasi momento disattivata dal socio entrando nelle

impostazioni del proprio smartphone.

La prestazione è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez. E) della Tabella 1.

F) Cerca farmaco & trova farmacia

All'interno di DOC 24, sia da APP che da sito, è disponibile un servizio che permette al socio di consultare i foglietti illustrativi, i principi attivi e le interazioni della maggior parte dei farmaci e parafarmaci in commercio sul territorio italiano. Se necessario potrà anche individuare la farmacia più vicina, visualizzandola su una comoda mappa e vederne i recapiti.

Inoltre, il Socio potrà accedere gratuitamente al servizio "Sconto farmaci" tramite il partner convenzionato con un collegamento diretto alla home page del partner per finalizzare l'acquisto.

Il pagamento e la consegna sono in gestione esclusiva del partner.

La prestazione è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez. F) della Tabella 1.

G) Convenzione Lenti e Occhiali

Attraverso DOC 24, sia da APP che da web, il socio potrà richiedere i servizi convenzionati di lenti e occhiali tramite il download di un voucher laddove presente nel proprio abbonamento

La prestazione è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez. G) della Tabella 1.

H) Servizi al domicilio

Attraverso DOC 24, sia da APP che da web o attraverso il numero di telefono dedicato, il Socio potrà richiedere i servizi a domicilio laddove presenti nel proprio abbonamento.

H.1) Invio medico domicilio generico

La Centrale Operativa, a seguito di una prima tele o videovisita con il Medico generico per confermarne la necessità dell'attivazione di questo servizio, invierà un medico generico presso il domicilio del Socio. Per "Domicilio" si intende il luogo in cui il socio si trova al momento della richiesta di assistenza.

A seguito dell'erogazione del servizio il socio riceverà via mail il report riepilogativo del consulto effettuato e lo potrà trovare sempre all'interno della propria pagina personale. Il presente documento viene trasmesso al solo fine di fornire un riassunto del contenuto del parere rilasciato. Il presente documento non costituisce in alcun modo un referto medico né può essere utilizzato come tale.

La prestazione è valida solo in Italia ed è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez. H.1) della Tabella 1.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, Eltiqorganizza a proprio carico il trasferimento del socio, tramite autoambulanza, in un pronto soccorso. Nel caso di richiesta di un invio del medico a pagamento, oltre quindi quelli inclusi nell'abbonamento, la Centrale Operativa fornirà al socio un preventivo e se confermato e pagato dal Socio, verrà organizzato.

H.2) Consegna farmaci a domicilio

Il servizio è attivo 24/7 tramite la Centrale Operativa che prenderà in carico la richiesta ed organizzerà nel minor tempo possibile la consegna del farmaco tramite un network

convenzionato sul territorio nazionale, in caso di richiesta emergenziale del servizio. Qualora il medicinale in questione necessiti di ricetta, segnalandolo all'operatore della Centrale Operativa in fase di richiesta del servizio, la stessa darà le indicazioni in merito sulla gestione per il ritiro della ricetta e la consegna del farmaco richiesto. Il costo del farmaco è sempre a carico del Socio. La prestazione è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez. H.2) della Tabella 1 ed è valida esclusivamente in Italia.

H.3) Trasporto in ambulanza non in emergenza

La Centrale Operativa, qualora il Socio necessiti di un trasporto sanitario non in emergenza, organizza il trasferimento inviando un'ambulanza. Le spese di trasporto, con ambulanza, sono a carico di eltiq fino a un massimo di 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno). La prestazione è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez. H.3) della Tabella 1 ed è valida esclusivamente in Italia.

Servizi Convenzione Network

I.1) Accesso database del network salute Italia

La banca dati della rete delle Strutture Sanitarie (escluso network dentisti) in rapporto di convenzione è a disposizione del Socio 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria:

- singole Strutture convenzionate e loro ubicazione;
- prestazioni specialistiche;
- esami diagnostici;
- ricoveri;
- onorari e tariffe convenzionate (mediamente 15%)

La prestazione è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez. I.1) della Tabella 1 ed è valida esclusivamente in Italia.

I.2) Gestione Appuntamento network Italia

Qualora il Socio necessiti di una prenotazione di una visita o esame presso una delle strutture convenzionate del network, potrà fare richiesta tramite la Centrale Operativa di verificarne la disponibilità, le tariffe e la prenotazione dell'appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze e alla disponibilità del Socio la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento a suo nome. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, il Socio usufruirà di un servizio di conciergerie per la prenotazione e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

In virtù del rapporto di convenzione, il Socio usufruirà di un voucher sconto che potrà utilizzare al momento dell'accettazione della visita. La rete convenzionata e la relativa scontistica è valida per il solo regime privatistico.

Eltiq non è responsabile e non può garantire tariffe fisse delle prestazioni in quanto strettamente dipendenti da ogni struttura sanitaria o similare.

La prestazione è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez. I.2) della Tabella 1 ed è valida esclusivamente in Italia.

I.3) Accesso network Estero

La banca dati della rete Estero delle Strutture Sanitarie in tutto il mondo, è a disposizione del Socio 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria.

La Centrale Operativa non fornirà supporto alla prenotazione per la rete convenzionata estera, salvo se non incluso nel proprio abbonamento.

La prestazione è fornita per un massimo di volte l'anno secondo quanto indicato nella sez. I.3) della Tabella 1

AIDA CARE

Servizio per il sostegno a persone autosufficienti con fragilità, a vivere sicure nella serenità di casa propria grazie a una serie di servizi e dispositivi integrati con la nostra Centrale Operativa, disponibile H24 e in grado di intervenire all'istante nel momento del bisogno.

Family Coach

Il servizio prevede, una consulenza di orientamento personalizzato con il team multidisciplinare Family Coach ("Team Family Coach"), che comprende:

- Psicologi
- Infermieri Professionali
- Assistenti Sociali
- Operatori Specializzati in Assistenza
- Medico generico di Centrale Operativa

Check Salute

All'interno di AIDACARE, l'Assistito potrà utilizzare la funzionalità di misurazione in 30 secondi dei propri parametri vitali. Tale funzione permette di rilevare, attraverso la videocamera del pc, smartphone o tablet Pressione arteriosa

- Battito cardiaco
- Variabilità del battito cardiaco (HRV)
- Livello di Stress
- Frequenza Respiratoria

Tali dati rilevati vengono raccolti da una tecnologia estremamente innovativa chiamata Transdermal Optical Imaging (TOI), la quale estrae in tempo reale dati relativi al flusso sanguigno facciale ed ai micromovimenti del volto e li analizza mediante intelligenza artificiale per determinare i parametri vitali e lo stato di benessere del beneficiario. Il software rileva e traccia automaticamente, attraverso la videocamera del computer, il viso identificando le regioni chiave di interesse (ROI).

Accesso al network ICC Italia

La banca dati della rete delle strutture sanitarie e dei Professionisti Medici (escluso il network di dentisti) in rapporto di convenzione è a disposizione dell'Assistito 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria:

- singole strutture convenzionate e loro ubicazione;
- prestazioni specialistiche;
- esami diagnostici;
- ricoveri;
- onorari e tariffe convenzionate (mediamente inferiore del 15% del prezzo da listino).

È possibile effettuare una prenotazione di una visita o esame presso una delle strutture o dei Professionisti Medici convenzionati del network, facendo richiesta alla Centrale Operativa che

verificherà la disponibilità, le tariffe e la prenotazione dell'appuntamento.

In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'Assistito usufruirà di un servizio di conciergerie per la prenotazione e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

ACCESSO NETWORK SOCIO – ASSISTENZIALE/ ASSISTENZA DOMICILIARE

Il servizio di accesso network socioassistenziale/Assistenza Domiciliare è pensato per offrire un aiuto pratico e personalizzato nelle attività di ogni giorno, anche direttamente presso la propria abitazione, con un approccio orientato al benessere e al miglior equilibrio della quotidianità.

Attraverso la nostra centrale operativa, si ha accesso a un network nazionale di fornitori qualificati: dopo una breve analisi della situazione, verrà individuato il professionista più adeguato sul territorio e preparato un preventivo chiaro e personalizzato. È possibile richiedere anche supporto anche per individuare strutture sociosanitarie convenzionate.

L'obiettivo è rendere più semplice e serena la vita quotidiana dei nostri soci, offrendo un supporto flessibile, qualificato e costruito davvero intorno alle sue necessità.

CONVENZIONI LENTI E OCCHIALI / Salmoiraghi&Viganò-GrandVision

Accedendo ad una piattaforma dedicata si ottengono vantaggi riservati nei punti vendita Salmoiraghi&Viganò e Gran Vision in tutta Italia.

SOS TRUFFA

Il servizio che offre aiuto immediato quando ci si trova in una situazione dubbia o sospetta.

Che si tratti di una telefonata strana, un messaggio inatteso, una richiesta insolita o un comportamento la centrale operativa valuterà insieme al socio cosa sta accadendo.

Un Amico per Te

Il servizio pensato per offrire un momento di dialogo e benessere emotivo in qualsiasi momento della giornata. È disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

Servizio virtuale per conversare, fare giochi mnemonici per allenare la mente, parlare dei propri interessi o scoprirne di nuovi.

È dotato di tre livelli di memoria – breve, medio e lunga – che consentono di raccogliere e conservare informazioni utili a creare un dialogo personalizzato e stimolante. La memoria permette di ricordare dettagli delle conversazioni, favorire la continuità del dialogo e offrire stimoli coerenti con i tuoi interessi e bisogni.

Inoltre, la funzione di memoria è progettata anche a supporto della sicurezza e del benessere. Le informazioni emerse durante le conversazioni con l'avatar intelligente che possano costituire potenziali segnali di attenzione (ad esempio dimenticanze ricorrenti, racconti di cadute o stati di malessere) vengono registrate in forma criptata. Tali contenuti restano inaccessibili in forma leggibile e possono essere decifrati

e resi disponibili esclusivamente in caso di effettiva necessità, come il rilevamento di una possibile situazione di rischio, e solo al team autorizzato di Family Coach, al fine di valutare eventuali azioni di supporto o suggerimenti appropriati.

Il servizio è monitorato e aggiornato dal nostro team per garantire sicurezza, qualità e correttezza delle risposte. In caso di bisogni specifici, situazioni urgenti o richieste delicate,

L'utente può sempre contattare la Centrale operativa

Supporto Psicologico

Il servizio viene erogato secondo la normativa nazionale attualmente in vigore di psicologia clinica e psicologia clinica di emergenza secondo cui, ai fini di garantire una prestazione deontologicamente corretta e terapeuticamente efficace, il servizio di supporto psicologico erogato in termini di "consulto on-demand", deve richiedere una minima, ma necessaria, programmazione del setting di intervento.

Il Servizio prevede tre contatti con lo Psicologo della Rete convenzionata ICC:

- Primo Contatto: l'assistito può richiedere un appuntamento per la prima seduta contattando la Centrale Operativa mediante l'apposito Tablet o al numero dedicato. La Centrale Operativa prenota la seduta di psicoterapia – anche tramite videochiamata – con lo Psicologo disponibile della Rete convenzionata
- Secondo Contatto: Follow-up da parte dello psicologo che provvede a richiamare l'Assistito.
- Terzo Contatto: Feedback finale da parte dello psicologo che provvede a ricontattare l'Assistito.

PRESTAZIONI OSSIGENO-OZONOTERAPIA

L'ossigeno ozonoterapia utilizza una miscela di gas composta da ossigeno (O₂) e ozono (O₃) a scopo terapeutico e produce una serie di benefici in grado di contrastare un'ampia gamma di patologie.

Il socio può richiedere le prestazioni di ossigeno ozono terapia inviando una mail all'indirizzo info@eltiq.it o compilando il form all'interno dell'area riservata o chiamando il numero 351/6470400, la centrale operativa Eltiq, si occuperà di coordinare l'appuntamento tra il socio e la struttura convenzionata. Le prestazioni previste e il relativo costo sono di seguito indicate. Queste saranno pagate in parte da Eltiq in forma diretta alla struttura sanitaria e in parte a carico del socio all'atto della prestazione. Il prezzo delle singole prestazioni è stato determinato nell'ambito della convenzione sottoscritta da Eltiq per i propri soci.

PRESTAZIONE	PREZZO IN CONVENZIONE DELLA PRESTAZIONE	QUOTA DIRETTA DI ELTIQ	QUOTA DEL SOCIO
Terapia sistema con Gae	€ 150,00	€ 50	€ 100
Terapia sistema con insufflazione rettale	€ 80,00	€ 24	€ 56
Terapia sistema con Pae	€ 70,00	€ 22	€ 48
Terapia locale intramuscolare (es.: paravertebrali)	€ 70,00	€ 22	€ 48
Terapia sottocutanea	€ 70,00	€ 22	€ 48
Terapia intrarticolare	€ 80,00	€ 24	€ 56
Terapia. endocavitaria (vescica, vagina, ecc..)	€ 80,00	€ 24	€ 56
Lavaggi con acqua ozonizzata (auricolari, nasali, vaginali)	€ 80,00	€ 24	€ 56
Trattamenti per perdite di sostanza (ulcere venose, ecc)	€ 120,00	€ 48	€ 72
Trattamenti con sacchetto per ulcere	€ 120,00	€ 48	€ 72

COLLOQUIO DI CONSULENZA E AIUTO PSICOLOGICO

Colloquio clinico di consulenza psicologica e di orientamento finalizzata alla comprensione della domanda di aiuto presentata dal Socio.

Il professionista e il Socio, sulla base della domanda di aiuto emersa nel corso del colloquio, valuteranno congiuntamente l'orientamento clinico più adeguato da seguire, ad esempio:

- Intervento psicodiagnostico;
- Trattamento psicoterapico;
- Invio ad altro specialista o conclusione dell'intervento con consulenza di primo livello.

Le eventuali terapie e gli interventi psicodiagnostici dovranno seguire i modelli di riferimento ritenuti più appropriati in relazione all'indirizzo clinico emerso nella consulenza primaria.

Il colloquio ha una durata di cinquanta minuti. Qualora il professionista inizi in ritardo dovrà comunque garantire la durata prevista; se il ritardo è imputabile al Socio, l'incontro si concluderà all'orario prestabilito.

La consulenza psicologica potrà essere effettuata presso lo studio dei professionisti indicati nel network o mediante piattaforme online.

Il primo colloquio è gratuito, i successivi se utili o necessari alla tariffa agevolata di € 50,00.

Qualora l'Assistito necessiti di prenotare una visita con un professionista, potrà fare richiesta tramite la Centrale Operativa, che si occuperà di verificare la disponibilità, prenotare l'appuntamento e coordinarlo tra il socio e il professionista, in base alle disponibilità di entrambi: dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 19.00

Allegato B ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTOINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di corpectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesiclectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sottoelencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti