

Società Generale di Mutuo Soccorso



REGOLAMENTO DEL SUSSIDIO EASY SALUTE

CONVENZIONE UIL FPL

Edizione 05.2024 - Aglea Salus

Rev. 00/2024

Glossario

- Associato:** la persona fisica, iscritta alla UIL FPL, associata alla AGLEA SALUS, il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente e domiciliato in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano.
- Carenza:** il periodo iniziale dalla data di decorrenza della copertura durante il quale le garanzie non sono operanti e pertanto un eventuale rimborso/indennità conseguente a evento intervenuto in tale periodo non è erogabile dalla Aglea Salus.
- Cartella clinica:** il documento ufficiale redatto durante il Ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery o l'Intervento chirurgico ambulatoriale, contenente le generalità dell'Associato, la diagnosi, l'anamnesi patologica, prossima e remota, le terapie effettuate, gli Interventi chirurgici effettuati, gli esami e il diario clinico, nonché la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).
- Centro medico:** la struttura, anche non adibita al Ricovero, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche e che non sia finalizzata a trattamenti di natura estetica.
- Contraente:** la persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Associato, che sottoscrive il sussidio e si impegna al versamento delle quote associative e del Contributo aggiuntivo nei confronti di Aglea Salus.
- Contributo:** la somma dovuta dal Contraente ad Aglea Salus per il Sussidio scelto ai sensi del presente Regolamento.
- Day Hospital:** la degenza esclusivamente diurna in Istituto di cura documentata da Cartella clinica. Non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura presso il Pronto Soccorso.
- Day Surgery:** la degenza in Istituto di cura esclusivamente diurna comportante Intervento chirurgico documentata da Cartella clinica.
- Dichiarazione di Buono Stato di Salute o Dichiarazione alla Mutua:** il documento contrattuale, di spontanea dichiarazione alla Mutua, costituente parte integrante della domanda di adesione, che contiene le notizie sanitarie dell'Associato. Il documento deve essere sottoscritto dall'Associato stesso (o da chi ne fa le veci) prima di stipulare la copertura sanitaria.
- Domicilio:** il luogo dove l'Associato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.
- Evento:** il fatto dannoso o l'insorgenza della patologia, per i quali si attiva il sussidio.
- Data insorgenza patologia:** la data in cui lo stato patologico si è manifestato e/o è stata diagnosticato e/o è stata sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.
- Indennizzo:** la somma sostitutiva del rimborso, richiesta in sostituzione dello stesso ad Aglea Salus al verificarsi di un evento.
- Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili all'Associato, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di struttura sanitaria pubblica, attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento, che abbiano attinenza con le prestazioni garantite dal presente Regolamento.
- Ingressatura:** il mezzo di contenzione costituito da fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di cura o da personale medico e pertanto non amovibile autonomamente dall'Associato, limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata. Non generano diritto a indennità o rimborso le contenzioni di singole dita di mani o piedi.
- Intervento chirurgico:** l'atto medico realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo. Non sono altresì considerati Interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsivoglia medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti.
- Intervento ambulatoriale:** l'Intervento chirurgico o terapeutico eseguito senza Ricovero che per la tipologia dell'atto non richieda la permanenza in osservazione nel post-Intervento.
- Indennità Sostitutiva:** Indennità, che viene riconosciuta in sostituzione sia del rimborso delle spese per la prestazione effettuata in SSN durante il ricovero, che delle spese pre/post effettuate ad esso connesse.
- Infortunio Odontoiatrico:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso e radiografie o altra diagnostica radiologica, esclusivamente di struttura sanitaria pubblica
- Ipazia Service Srl:** società, di cui si avvale Aglea Salus, preposta al convenzionamento del Network sanitario e alla lavorazione e liquidazione delle pratiche di rimborso avanzate dagli aventi diritto.
- Istituto di cura:** ogni ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Si intendono inclusi gli ambulatori ovvero le strutture o centri medici autorizzati a erogare

prestazioni medico-chirurgiche, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale. Sono in ogni caso esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza o lungo degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le strutture preposte all'erogazione di cure palliative o che effettuino terapie del dolore, le cliniche della salute, le cliniche aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da Infortunio, a carattere evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici. In particolare, per Malattia improvvisa deve intendersi la Malattia di acuta insorgenza e rapido sviluppo di cui l'Associato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Associato.

Malattia mentale: tutte le patologie mentali e del comportamento (quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, etc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malattie Oncologiche: le neoplasie maligne a carattere invasivo comprovate da referto istopatologico; i tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale; le neoplasie linfomioproliferative del sangue o del midollo emopoietico.

Malformazione/Difetto fisico/Congenite: la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o acquisite durante lo sviluppo fisiologico.

Massimale: la somma massima che la Aglea Salus si impegna a risarcire a titolo di liquidazione dell'evento secondo le condizioni stabilite nel presente regolamento. Il massimale si intende quale limite globale di assistenza, per anno e per nucleo (qualora sottoscritto in tale ultima formula).

Medicina alternativa o complementare / Medicina non ufficiale: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, ossigenoterapia medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

Mutua / Impresa: Società Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus.

Nucleo Familiare: una o più persone legate con l'Associato da vincoli di parentela o di affinità ovvero si intendono i coniugi o il convivente more uxorio, compresi i figli che non abbiano già compiuto il 26° anno di età, quest'ultimi anche se non residenti. Viene altresì considerato nucleo familiare, ai sensi del presente regolamento, l'unione civile di due persone maggiorenni e capaci, anche dello stesso sesso, unite da reciproci vincoli affettivi che convivono stabilmente e si prestano assistenza e solidarietà materiale e morale, non legate da vincoli di matrimonio, parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno.

Tale stato dovrà essere risultante dallo stato di famiglia rilasciato dal Comune alla data in cui si richiedono le prestazioni.

Patologie/malattie pregresse: stati patologici o malattia già conosciute, accertate o diagnosticate e quindi esistenti antecedentemente alla data di decorrenza della copertura, ad eccezione delle malformazioni congenite che risultano essere sempre escluse da ogni rimborso.

Rette di degenza: il trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, comportante il pernottamento, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero: la degenza documentata da copia conforme all'originale della cartella clinica dell'Associato in Istituto di cura, pubblico o privato, che comporti almeno un pernottamento.

Rimborso: la somma di denaro dovuta all'Associato, in caso di evento, rimborsabile secondo il presente Regolamento.

Scoperto / Franchigia: quota di spesa a carico dell'Associato, espressa in percentuale e/o in quota fissa e /o in numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Associato.

Strutture Sanitarie Convenzionate (Network): l'insieme degli Istituti di cura, ambulatori medici, centri diagnostici, centri odontoiatrici, dentisti, équipe e medici convenzionati con Aglea Salus e/o Ipazia Service Srl che forniscono le prestazioni all'Associato, il cui costo viene sostenuto da Aglea Salus, in nome e per conto dell'Associato medesimo ("pagamento diretto"). L'assistenza diretta è sempre subordinata all'autorizzazione alla Presa In Carico (P.I.C.), nei limiti ed in conformità a quanto previsto ai sensi del presente Regolamento.

Strutture Sanitarie non Convenzionate: l'insieme degli Istituti di cura, ambulatori medici, centri diagnostici, centri odontoiatrici, dentisti, équipe e medici non convenzionati con Aglea Salus e/o convenzionate da Ipazia Service Srl per Aglea Salus che forniscono le prestazioni all'Associato.

Struttura Organizzativa: il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature, presidi o dotazioni centralizzati o meno e la rete di fornitori esterni convenzionati di Ipazia Service S.r.l. e/o Europ Assistance in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede per conto di Aglea Salus e/o Ipazia Service Srl a garantire il contatto telefonico con l'Associato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare le prestazioni di Assistenza.

Sussidio: la copertura sanitaria sottoscritta con AGLEA SALUS.

Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e

fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili ai sensi del presente regolamento. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

Visita specialistica: la visita che viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce.

Norme Generali che Regolano il Sussidio

Il presente Regolamento individua le prestazioni previste in favore del socio di Aglea Salus, iscritto alla UIL FPL. Il Regolamento è redatto con l'intento di fornire ai soci uno strumento di consultazione rapido e una guida all'utilizzo del Sussidio. Vuole inoltre aiutare il socio e gli aventi diritto, all'utilizzo delle garanzie guidandoli dal momento della prima denuncia di un evento fino all'erogazione del sussidio. I dati riportati nel presente regolamento rappresentano i punti salienti delle forme di assistenza e costituiscono elemento vincolante, al fine della garanzia, eventualmente integrata dal testo di Convenzione separatamente sottoscritto. Il nostro obiettivo è di fornire al Socio un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della sua collaborazione. All'interno della guida si troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire per utilizzare al meglio il sussidio sottoscritto.

Qualora l'Assistito sia beneficiario di più Sussidi che prevedano, in tutto o in parte, le medesime garanzie, la Aglea Salus provvede al rimborso/indennizzo di spese e/o indennità, del maggior importo dovuto dalla Aglea Salus per uno solo dei Sussidi sottoscritti per la specifica garanzia.

Per ulteriori informazioni ed eventuali chiarimenti, i Soci possono rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti di Aglea Salus:

Mail: backoffice@agleasalus.it

Numero Verde: 800.58.77.99

Da Telefono Cellulare: 0774.640212

Fax: 06.89184300

Art. 1 - Informazioni generali

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Contraente o di chiunque sia beneficiario del Sussidio relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo/rimborso nonché l'annullamento del sussidio e relativa esclusione da Socio della Mutua per comportamento scorretto verso la mutua stessa e gli altri Soci.

Art. 1.2 - Conclusione del contratto - Decorrenza del Sussidio – Versamento del contributo della Copertura Sanitaria e quote associative

La domanda di adesione si ritiene conclusa nel momento in cui sia debitamente sottoscritta dal Contraente e sia stata valutata positivamente con apposita delibera del Consiglio di Amministrazione (CdA) della Aglea Salus. La copertura sottoscritta ha effetto dalle 24:00 del giorno di delibera del CdA, che sono già prestabiliti nei giorni 5-15-25 di ciascun mese dell'anno, se il Contributo o la prima rata di esso sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle 24:00 del giorno del versamento dei contributi. Il Contributo è sempre determinato per periodi di un anno (12 mesi) ed è interamente dovuto dal Contraente, anche qualora ne sia stato convenuto il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale.

1) Il versamento del Contributo e delle quote associative può essere effettuato solo nelle seguenti modalità:

a) addebito automatico sul conto corrente bancario o postale del Contraente o di uno dei familiari beneficiari;

b) assegno circolare o bancario intestato ad Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso;

c) Bonifico bancario o postale sui rispettivi conti correnti indicati sulla domanda di adesione ed intestato ad Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso.

L'Associato potrà versare alla Mutua il contributo e relativa quota associativa (assolta nel contributo) nella sola modalità annuale.

In caso di frazionamento del contributo è obbligatorio scegliere l'addebito sul proprio conto corrente con sistema SEPA DEBIT CORE - SDD (RID) evitando la sospensione delle garanzie.

Nel caso sia stato scelto di versare il contributo tramite assegno, questo viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del versamento del titolo. L'assegno, sia esso circolare o bancario, deve essere intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus e munito della clausola di non trasferibilità. In caso di mancato versamento del Contributo o delle rate successive del Contributo, secondo le modalità sopra indicate, la copertura oggetto del presente Regolamento sarà automaticamente sospesa dalle 24:00 del 15° giorno successivo alla scadenza dell'ultima rata non versata. Il versamento del Contributo o delle rate del Contributo non corrisposte potrà avvenire prima che si sia verificata la risoluzione di diritto dell'Adesione alla Aglea Salus ovvero entro il 180° giorno dal primo insoluto, restando inteso che durante il periodo di morosità le richieste di rimborso non saranno liquidabili; la riattivazione del sussidio 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, fatta salva ogni azione per il recupero delle somme dovute.

Art. 1.3 - Adeguamento dei rimborsi liquidabili

Il presente piano sanitario è soggetto ad adeguamento degli importi liquidabili nel momento in cui il titolare della copertura sanitaria e ogni altro membro del nucleo familiare inserito in copertura, raggiungerà il 65° e il 75° anno di età. Pertanto, al compimento del 65° anno di età ovvero del 75° anno di età, anche in corso di copertura, Aglea Salus liquiderà rispettivamente al 70% e 50% l'importo liquidabile rispetto a quanto previsto dal piano under 60. Resta intesa che ogni componente nucleo che non abbia ancora compiuto il 65° anno di età, continuerà a beneficiare delle garanzie e massimali previste dalla copertura a cui ha aderito.

Art. 1.3.1 - Adeguamento del Contributo

Il Contributo annuale previsto per ciascun Associato potrà essere adeguato previa comunicazione all'assistito, con apposita delibera del CdA, entro 90 giorni antecedenti la scadenza annuale della Copertura al fine di mantenere un equilibrio tra i partecipanti alla mutua.

Art. 1.4 - Durata e proroga del Sussidio

Il presente piano sanitario ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo.

In assenza di disdetta inviata dal Contraente o dalla Società (in quest'ultimo caso nei soli episodi di morosità superiore a sei mesi o comportamenti scorretti e/o manifestamente in conflitto con la Società) il Sussidio si rinnova tacitamente e la copertura è prorogata per la durata di un anno e così successivamente nel rispetto dei limiti di età dell'Associato, con obbligo di pagamento del contributo e delle quote associative, fatta salva ogni azione per il recupero delle somme dovute. Eventuale recesso da parte del solo Beneficiario della Copertura dovrà essere inviato mediante lettera raccomandata a/r e spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale della data di decorrenza indicata nella lettera di benvenuto. L'eventuale recesso dovrà essere inviato a: Aglea Salus Società generale di mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM) oppure agleasalus@legalmail.it.

Art. 1.5 - Foro competente e procedimento di negoziazione assistita

Ogni controversia relativa al presente regolamento è soggetta alla negoziazione assistita che dovrà essere esperita dalle parti. Qualora la controversia non fosse stata risolta gli aventi diritto potranno rivolgersi presso il Tribunale di Tivoli, fermo restando per Aglea Salus non applicabile l'esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. n. 28/2010 e s.m.i., (modificato dal D.L. n. 69/2013 convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013).

Art. 1.6 - Modifiche del Regolamento del Sussidio

Le eventuali modifiche del presente Regolamento devono essere fatte per iscritto dalla Aglea Salus.

Art. 1.7 - Aggravamento e diminuzione del rischio

I Beneficiari della Copertura sanitaria devono dare comunicazione scritta a Aglea Salus - a mezzo raccomandata a/r - di ogni aggravamento o diminuzione del rischio oggetto del presente Regolamento. Gli aggravamenti di rischio non noti o che, se conosciuti, non sarebbero stati accettati dalla Società in quanto riconducibili a uno stato di non associabilità della persona (v. art. 2.4) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso e/o indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura.

Art. 2 - Precisazioni e delimitazioni del Sussidio

Art. 2.1 - Persone garantite – Dichiarazione alla mutua – Malattie pregresse

Il presente Sussidio copre le persone fisiche esplicitamente indicate sulla domanda di adesione nei limiti previsti dalla Soluzione prescelta e dalle eventuali coperture aggiuntive in up grade purché residenti o domiciliati in Italia, nella Repubblica di San Marino o nella Città del Vaticano. È requisito fondamentale, per l'attivazione delle garanzie, che ciascun Associato abbia debitamente sottoscritto la c.d. "Dichiarazione alla Mutua" se abbia già sofferto di malattie di rilievo o interventi chirurgici o se espressamente previsto dal piano sanitario sottoscritto, voglia beneficiare della copertura per le malattie pregresse. **L'associato avrà diritto al rimborso delle patologie pregresse solo se le dichiara nell'opposito modulo della dichiarazione alla mutua (v. all. 2) che andrà compilata entro e non oltre 90 giorni dalla decorrenza del sussidio. Mentre, l'associato avrà diritto al rimborso di alcune patologie pregresse, elencate nel presente regolamento nella sezione interventi particolari, a decorrere dal 13° mese di decorrenza del sussidio sempre che siano state dichiarate nel modulo dichiarazione alla mutua.**

Art. 2.2 - Nucleo Familiare

La presente copertura è valida anche per gli eventuali familiari indicati nella domanda di adesione o comunicati successivamente alla Aglea Salus entro 30 giorni alla scadenza anniversaria di ciascuna annualità. L'esercizio dei diritti e delle facoltà previsti dal presente Regolamento presuppongono l'attualità della convivenza ad eccezione dei figli dell'associato titolare che non abbiano già compiuto il 26° anno di età.

Art. 2.3 - Limiti di età

Sono associabili le persone fisiche che all'atto di adesione non abbiano compiuto il 71° anno di età. Il piano Sanitario sottoscritto si intende a vita intera solo per coloro che ne beneficeranno per almeno 10 anni continuativi, altrimenti l'obbligo di uscita sarà alla scadenza annuale della copertura successiva al compimento del 80° anno di età.

Art. 2.4 - Persone non associabili

Non sono associabili, indipendentemente dalla concreta valutazione del pregresso o attuale stato di salute, le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, Alzheimer, patologie cognitive e demenze in generale, Parkinson. Altresì non sono associabili le persone affette da obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40) nonché coloro che fanno uso di antipsicotici assunti regolarmente per scopi terapeutici. Il Contraente è pertanto tenuto ad informarsi sulla sussistenza dello stato di associabilità degli Associati e solo a seguito di tale approfondito controllo potrà sottoscrivere la copertura. Il controllo preventivo sullo stato di associabilità dovrà essere inoltre effettuato dal Contraente all'atto della comunicazione di variazione e/o inclusione in Copertura di nuovi Associati. Premesso che Aglea Salus non avrebbe acconsentito a stipulare la presente Copertura laddove avesse saputo che l'Associato - al momento della stipulazione ovvero dell'estensione a nuovi Associati/Familiari - era affetto, ovvero era stato affetto, dà anche solo una delle patologie sopra elencate, la presente copertura dovrà considerarsi annullabile e i Sinistri nel frattempo verificatisi non rimborsabili qualora dovessero emergere a tal riguardo delle dichiarazioni inesatte o non veritiere effettuate con dolo o colpa grave da parte del Contraente. Ad ogni modo, se la presente copertura riguarda più Associati, il presente Regolamento sarà valido per quegli Associati ai quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza del Contraente, fermi i limiti previsti nel presente Regolamento. Infine, laddove nel corso del contratto si manifestassero nell'Associato una o più di tali affezioni o Malattie non associabili, il Contraente e/o il relativo Associato sono tenuti a comunicarlo per iscritto a Aglea Salus, in quanto tale fattispecie costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito alla stipula della presente copertura. Resta inteso che al verificarsi degli eventi che comportino la non associabilità dell'Associato l'Aglea Salus, oltre a non concedere il rimborso richiesto può deliberare per il tramite del proprio CDA l'esclusione dalla Mutua ai sensi del presente articolo alla scadenza anniversaria del sussidio.

Art. 2.5 - Efficacia delle garanzie - Termini di Carenza

Le garanzie decorrono:

- 1) Per gli Infortuni e le prestazioni di Assistenza H24 dalle 24:00 del giorno di efficacia del Sussidio;
- 2) per le Malattie improvvise (ovvero a decorso acuto), dalle 24:00 del giorno di efficacia del Sussidio;
- 3) per le Malattie (non a decorso acuto) o gli esiti di Infortuni non conosciuti o diagnosticati all'Associato alla data di stipula del Sussidio ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente a tale data, dalle 24:00 del giorno di efficacia del Sussidio;

3.2) per le patologie elencate nella sezione *Interventi chirurgici particolari*, dalle ore 24 del 13° mese successivo a quello di efficacia del sussidio

4) per parto naturale o cesareo, dalle 24:00 del 300° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio;

5) per aborti o per Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle 24:00 del 300° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di stipula del contratto;

6) per le cure dentarie a seguito di Infortunio, dalle 24:00 del 30° giorno di efficacia del Sussidio;

7) per le cure dentarie non conseguenti a infortunio dalle 24:00 del 30° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio, salvo quanto diversamente indicato per ciascuna prestazione.

Qualora, solo se espressamente autorizzato per iscritto dal CdA di Aglea Salus, il presente Sussidio ne sostituisca un altro emesso da un'altra Società di Mutuo Soccorso, Cassa di Assistenza, Fondo Sanitario integrativo o Compagnia di Assicurazione, che dovrà essere consegnato alla Aglea Salus, e tra i due non vi sia soluzione di continuità ovvero senza alcuna interruzione della copertura, i termini di Carenza di cui sopra operano:

a) dal giorno di efficacia del precedente contratto sostituito, per le garanzie e le somme in esso già previste;

b) dal giorno di efficacia del presente contratto, limitatamente alle diverse garanzie e/o alle maggiori somme da quest'ultimo previste e non presenti o non coincidenti con il precedente contratto sostituito.

Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso della presente copertura, il termine di Carenza decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse prestazioni.

Si precisa che per ciascun Associato, i termini di Carenza avranno effetto a decorrere dalla data di inserimento in copertura dell'Associato stesso ovvero dal giorno in cui il Consiglio di Amministrazione delibera l'ammissione del Socio ed eventuali beneficiari alla Aglea Salus.

Art. 2.6 - Estensione territoriale

Le garanzie del Sussidio, nei limiti stabiliti dalla copertura prescelta, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. In ogni caso, i rimborsi e gli indennizzi spettanti saranno erogati in valuta avente corso legale in Italia.

Art. 2.7 - Esclusioni

Il Sussidio non sarà operante nei seguenti casi.

Art. 2.7.1 - Esclusioni Infortuni e Malattia

Ferme le fattispecie di non associabilità di cui all'art. 2.4, sono esclusi dalla presente copertura, oltre a tutte le garanzie non espressamente previste nel piano sanitario sottoscritto:

1) le spese e/o indennizzi derivanti da infortuni o conseguenti a Infortuni, quali:

a) azioni commesse dall'Associato stesso con dolo, autolesionismo in generale compreso l'abuso di farmaci o suicidio, tentato o consumato, atti di pura temerarietà, reati;

b) uso di aeromobili in genere (ad eccezione di quelli abilitati al trasporto pubblico di linea), di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendii, etc.) e sport aerei in genere;

c) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Associato, compiuti 18 anni, non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Associato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 3 mesi; il Sussidio è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del Sinistro stesso;

d) collaudo di qualsiasi mezzo di trasporto, sia pubblico che privato;

e) pratica, a qualunque titolo, di sport motoristici (quali automobilismo, motociclismo e motonautica) oppure di sport che prevedano la partecipazione dell'Associato a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;

f) sport professionistici ovvero tutti gli sport costituenti per l'Associato attività professionale, principale o secondaria, o che comunque comportino una qualsiasi forma di remunerazione sia diretta che indiretta, compresi rimborsi spese di qualunque genere;

g) pratica, a qualunque titolo, di sport estremi quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, paracadutismo o skydiving, salto con l'elastico (bungee jumping), sci e snowboard estremi ed acrobatici, freestyle ski, helisnow, airboarding, kitewings, base jumping, canyoning o torrentismo, arrampicata libera (free climbing) e altre discipline assimilabili a sport estremi;

h) pratica, a qualunque titolo, dei seguenti sport pericolosi: salto dal trampolino con sci e idrosci, bob o skeleton e simili, atletica pesante, sollevamento pesi, lotta nelle sue varie forme incluso il pugilato, arti marziali in genere, rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., discese su rapide di fiumi e torrenti con qualsiasi mezzo inclusi rafting, hydrospeed e canoa, speleologia e immersioni con autorespiratore;

2) le conseguenze di stati invalidanti, Infortuni e Malattie in genere conosciuti, diagnosticati o curati anteriormente alla messa in copertura e sottaciuti con dolo o colpa grave; tale esclusione dai rimborsi risulta abrogata, solo se le conseguenze di stati invalidanti, Infortuni e Malattie in genere conosciuti, diagnosticati o curati anteriormente alla messa in copertura vengono dichiarati espressamente nella dichiarazione alla mutua (v. art. 2.1), ad eccezione delle garanzie Assistenza Invalidità permanente da Infortunio, Assistenza Invalidità permanente da malattia, Assistenza Long Term Care.

3) le spese relative a conseguenze di Malattie o esiti di Infortuni non conosciuti dall'Associato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla messa in copertura, limitatamente ai primi 60 giorni di efficacia del Sussidio; tale esclusione dai rimborsi risulta abrogata, solo se) e spese relative a conseguenze di Malattie o esiti di Infortuni non conosciuti dall'Associato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla messa in copertura vengono dichiarati dichiarati espressamente nella dichiarazione alla mutua (v. art. 2.1);

4) le Malattie mentali o del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le Malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, i disturbi schizofrenici, paranoici e affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), le sindromi e i disturbi mentali organici;

5) la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le patologie correlate alla infezione da HIV;

6) le cure odontoiatriche di qualsiasi tipo, salvo che sia stato attivato il pacchetto Cure dentarie;

7) relativamente al pacchetto Cure dentarie, l'estrazione dei denti decidui;

8) le cure del sonno, le cure e terapie cellululo-tissutali;

9) le cure e le pratiche fitoterapiche, idropiniche e termali in genere, salvo quanto espressamente previsto dai singoli sussidi;

10) i trattamenti specialistici e i Trattamenti fisioterapici in genere sostenuti prima dell'Intervento chirurgico, salvo quanto diversamente previsto del presente Regolamento;

11) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e della data di insorgenza; le prestazioni di controllo e di medicina preventiva, salvo quanto previsto per i Check Up, se presenti nel Regolamento sottoscritto;

12) i trattamenti di emodialisi, gli esami termografici; le iniezioni sclerosanti salvo quanto diversamente previsto nel presente Regolamento;

13) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di terapie di Medicina alternativa o complementare o di Medicina non ufficiale;

14) le prestazioni, le applicazioni, le cure e gli interventi aventi finalità estetiche; gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, salvo quelli resi necessari da Infortunio o Malattia tumorale effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento chirurgico demolitivo;

15) la cura, l'eliminazione o correzione di Malformazione o Difetti fisici preesistenti e le alterazioni da esse determinate o derivate, salvo quanto espressamente previsto per i neonati entro i 6 mesi dalla nascita di cui allo specifico punto;

16) gli Interventi Chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;

17) l'aborto volontario non terapeutico;

18) la fecondazione assistita e artificiale, nonché le prestazioni per la diagnosi e la cura della sterilità, infertilità e dell'impotenza, fermi i massimali disponibili nelle garanzie di prevenzione e controlli;

19) i Ricoveri senza Intervento chirurgico avvenuti al fine di effettuare Visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

20) i Day Hospital avvenuti al fine di effettuare Visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici, anche praticati chirurgicamente, che per la loro natura possono essere effettuati anche in ambulatorio, senza recare pregiudizio alla salute del paziente;

21) i Ricoveri per lungodegenza quando le degenze e i Ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; le degenze in case di riposo, di convalescenza o di soggiorno; gli interventi qualificabili come cure palliative e/o terapie del dolore; i Ricoveri in istituti o reparti specializzati per le cure geriatriche o terapie di lungodegenza;

22) i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di Chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità;

- 23) le conseguenze per abuso di alcolici, farmaci, psicofarmaci e uso di sostanze stupefacenti e allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- 24) le conseguenze dirette o indirette di energia nucleare (reazioni nucleari, radiazioni e contaminazioni), di radiazioni dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (fissione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- 25) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, trombe d'aria, maremoti, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- 26) le conseguenze di guerre anche non dichiarate, insurrezioni generali, operazioni e occupazioni militari e invasioni, atti terroristici;
- 27) tutti i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e/o Infortunio;
- 28) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- 29) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e nei relativi allegati.

Art. 3 - Variazioni del contratto di adesione

Art. 3.1 - Variazione Sussidio prescelto

Il Contraente ha la facoltà di variare il Sussidio prescelto con comunicazione scritta da inviarsi almeno 60 giorni prima della data di scadenza anniversaria del Sussidio mediante lettera raccomandata a/r a oppure via pec a: Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM) oppure agleasalus@legalmail.it

La variazione, valida per tutti beneficiari indicati sulla domanda di adesione, ha effetto a far data dalla ricorrenza annuale successiva alla richiesta di variazione e comporta in ogni caso l'applicazione del contributo e delle condizioni contrattuali in vigore in tale data; per l'operatività della Carenza si rinvia all'art. 2.5 del presente regolamento.

Art. 3.2 - Variazione delle persone beneficiarie del Sussidio nell'ambito del nucleo familiare

Il Contraente ha la facoltà di variare le persone beneficiarie del sussidio, fermi i limiti di età di cui all'art. 2.2 del presente Regolamento. La variazione dovrà essere richiesta con comunicazione scritta da inviare a mezzo lettera raccomandata a/r a oppure via pec a: **Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM)** oppure agleasalus@legalmail.it.

La variazione ha effetto a far data dalla ricorrenza annuale successiva alla richiesta di variazione e comporta in ogni caso l'applicazione del contributo e delle condizioni contrattuali in vigore in tale data. Con riferimento all'applicazione dei termini di Carenza, si rinvia all'art. 2.5 delle Condizioni del presente Regolamento.

Art. 3.3 - Variazione residenza

Il Contraente/Beneficiario ha l'obbligo di comunicare alla Società l'eventuale cambio di residenza o trasferimento all'estero con lettera raccomandata a/r oppure via pec da inviare a: **Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM)** oppure agleasalus@legalmail.it.

Resta inteso che in caso di trasferimento della residenza all'estero, la copertura cessa con effetto immediato e Aglea Salus non rimborserà al Contraente il contributo pagato e non goduto.

Sezione 4: Garanzie Ospedaliere

Art 4.1- Ricovero con intervento chirurgico in Istituto di Cura a seguito di malattia e infortunio

Prestazioni

Sono garantite le seguenti prestazioni qualora l'Associato venga ricoverato per un intervento chirurgico rientrante nell'elenco di cui all'Allegato "Elenco Interventi Chirurgici".

Prima del ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro 120 giorni prima del ricovero o dell'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero con intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi endoprotesici, necessari a recuperare l'autonomia dell'Associato.
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione), solo nel caso di accesso al Regime rimborsuale, nel limite di euro 300,00 al giorno;
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, nonché trattamenti fisioterapici e riabilitativi purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria.

Dopo il ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro 120 giorni dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

E' prevista anche l'Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di 60,00 euro al giorno per un massimo di 15 giorni per ricovero. La presente garanzia è prestata solo in forma rimborsuale.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato. Per medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale. La presente garanzia viene erogata nel limite massimo di € 2.000,00.

Interventi chirurgici particolari

Aglea Salus prevede il rimborso, oltre che per gli interventi cui all'allegato Interventi chirurgici, anche per le seguenti prestazioni

rese in forma privata e solo in formula rimborsuale, con specifici limiti ovvero:

- Alluce valgo nel limite massimo di € 2.000,00
- Appendicectomia nel limite massimo di € 2.500,00
- Asportazione noduli tiroidei nel limite massimo di € 2.500,00
- Colectomia nel limite massimo di € 2.000,00
- Cataratta nel limite massimo di € 1.000,00
- Meniscectomia nel limite massimo di € 2.500,00
- Tunnel carpale nel limite massimo di € 1.000,00
- Varici nel limite massimo di € 2.500,00
- Varicocele nel limite massimo di € 2.000,00.

Trapianti

In caso di trapianto di organi o parte di essi, sono riconosciute le spese previste al punto "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero" e al punto "Trasporto sanitario", nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle di trasporto dell'organo. Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza. Nelle prestazioni di cui al punto precedente "prima del ricovero" sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Rette di degenza dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Associato: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentati (fatture, notule, ricevute). Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione). Limite: 50,00 euro al giorno per 15 giorni.

Trasporto sanitario

Trasporto dell'Associato in un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro e di rientro alla propria abitazione, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario.

Indennità sostitutiva per intervento chirurgico e parto

Se l'Associato non sostiene spese durante il ricovero, per le necessità legate al recupero a seguito della malattia e dell'infortunio, per favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio Aglea Salus liquida un'indennità di 100,00 euro per ciascun giorno di ricovero per i primi 15 giorni di ricovero. In occasione di ricovero per parto, aborto spontaneo o terapeutico, Aglea Salus corrisponderà un'indennità di 80,00 euro per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 giorni. Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri chirurgici

(Allegato "Elenco interventi chirurgici")

Aglea Salus mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate:

- prestazioni di ospedalizzazione domiciliare
- assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Associato nei 120 giorni previsti dalla copertura "post ricovero" per i ricoveri come da elenco avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura. Per tali garanzie il massimale post intervento viene esteso per ulteriori € 1.000,00.

Aglea Salus concorda il programma medico/riabilitativo con l'Associato secondo le prescrizioni del medico che ha disposto le dimissioni, fornendo consulenza anche di tipo assistenziale ed organizzando le prestazioni.

Servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizi medico-riabilitativi, noleggio di ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgici per neoplasie maligne

In caso di ricovero medico/chirurgico per neoplasia maligna (anche per interventi non compresi nell'elenco degli interventi chirurgici) ed avvenuto successivamente alla data di effetto della presente copertura, Aglea Salus eroga le seguenti prestazioni:

- Ospedalizzazione domiciliare
- Assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Associato per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni e successivo ai 120 giorni previsti dalle coperture "post-ricovero" per i casi di interventi previsti dall'Allegato 2. Per tali garanzie il massimale post intervento viene esteso per ulteriori € 1.000,00.

Aglea Salus concorda il programma medico/riabilitativo con l'Associato secondo le prescrizioni del medico che ha disposto le dimissioni, fornendo consulenza anche di tipo assistenziale ed organizzando le prestazioni.

E' incluso anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate.

Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio

In caso di ricovero senza intervento chirurgico, limitatamente alle seguenti patologie

- fibrosi cistica
- ictus
- ischemia arterie vertebrali
- paralisi

sono previste prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni del ricovero che ha determinato l'evento.

Aglea Salus concorda il programma medico/riabilitativo con l'Associato secondo le prescrizioni del medico che ha disposto le dimissioni, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, anche di tipo assistenziale. E' previsto un sub-massimale annuo di euro 2.000,00 per single e 5.000,00 per nucleo.

Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere

Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili a termini di polizza

Regimi e condizioni di erogazione delle prestazioni ospedaliere

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: 100.000,00 euro a nucleo. In caso di regime rimborsuale: 8.000,00 euro a nucleo per intervento.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime misto (solo nel caso di domicilio in una provincia priva di strutture convenzionate)
- Regime rimborsuale (solo nel caso di domicilio in una provincia priva di strutture convenzionate)
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Associato.

At. 5 - PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

ALTA SPECIALIZZAZIONE

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Mammografia bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di organo apparato
- Rx endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie
- Tomografia (Stratigrafia) di organi o apparati.

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia

- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia, sonoisterosalpingografia, sono isterografia, sonosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia.

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

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

Ecocolordopplergrafia

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

Tomografia computerizzata (TAC)

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

Risonanza magnetica (RMN)

- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

Pet

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

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

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

- Medicina nucleare in vivo
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

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

Biopsie

- Tutte

Endoscopie diagnostiche

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica.

Si precisa che nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica, si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, Aglea Salus garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio, rimarrà a carico dell'Associato.

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

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

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta in rete e fuori rete: franchigia di 50,00 euro, con scoperto 50% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: franchigia di 5,00 euro per ticket

VISITE SPECIALISTICHE

Prestazioni

Sono riconosciute:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o infortunio (escluse odontoiatriche e ortodontiche)
- una prima visita psichiatrica.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 500,00 euro a nucleo.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta in rete e fuori rete: franchigia di 50,00 euro, con scoperto 50% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: franchigia di 5,00 euro a ticket.

TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Prestazioni

Aglea Salus rimborsa:

- i ticket sanitari per accertamenti diagnostici, effettuati utilizzando il Servizio Sanitario Nazionale, conseguenti a malattia o infortunio, non rientranti tra quelli previsti nella garanzia "Alta Specializzazione"
- i ticket di Pronto Soccorso.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 500,00 euro a nucleo.

Regimi di erogazione

- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: franchigia 5,00 euro per ticket.

PACCHETTO MATERNITA'

Prestazioni

Sono comprese le seguenti prestazioni effettuate in gravidanza:

- ecografie
- analisi clinico chimiche ed indagini genetiche:
- analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche)
- amniocentesi
- villocentesi
- translucenza nucale
- ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN.

E' previsto il rimborso integrale di:

- visite di controllo ostetrico-ginecologiche effettuate in corso della gravidanza da medici specializzati in ostetrica ginecologica;
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale;
- una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore;
- 4 visite di controllo (6 in caso di gravidanza a rischio).

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

Ai fini del conteggio della durata della gravidanza vengono considerati la data dell'ultima mestruazione e la data parto. Per ottenere il rimborso è necessario allegare il certificato attestante

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.000,00 euro per gravidanza.

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Regime rimborsuale

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: nessuno scoperto

Regime rimborsuale: nessuno scoperto

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%

ODONTOIATRICA

Prestazioni

La società provvede al pagamento delle spese odontoiatriche solo a seguito di infortunio.

Per accedere alle prestazioni è necessaria verbale di pronto soccorso da reperirsi entro le 48 ore successive all'evento.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimale

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

Regimi di erogazione

- Rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza rimborsuale: franchigia di 100,00 euro con scoperto 20% per prestazione
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: franchigia di 5,00 euro a ticket

PREVENZIONE

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Prestazioni

Aglea Salus provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, dal 13° mese di decorrenza della copertura. Ciascun esame può essere effettuato solo in forma rimborsuale nelle strutture convenzionate, una sola volta all'anno in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prestazioni previste per le donne (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Prestazioni

Sono rimborsate le spese per:

- una visita specialistica
- una seduta di igiene orale professionale per ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni o altro tipo di trattamento per igiene orale all'anno in Strutture Convenzionate.

Se richieste, restano a carico dell'Associato ulteriori prestazioni quali, ad esempio:

- fluorazione
- levigatura delle radici
- levigatura dei solchi.

Se il medico della Struttura Convenzionata, alla luce delle condizioni cliniche o patologiche dell'Associato, rileva la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno, Aglea Salus provvede ad autorizzare una seconda seduta nei limiti di seguito indicati.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: una volta l'anno.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta:
 - Visita specialistica odontoiatrica: nessuno scoperto
 - Ablazione del tartaro: scoperto del 25%.

PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Nel caso di Sindrome Metabolica "conclamata" Aglea Salus, dal 13° mese, provvede a rimborsare all'assistito le seguenti prestazioni:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi.

Per poter effettuare le analisi l'Associato deve:

-essere in possesso della prescrizione del medico contenente l'indicazione della patologia

Convenzione My clinic

• Consulto medico generico

A seguito dell'autovalutazione dei sintomi, per approfondire il tuo stato di salute, potrai accedere alla tua area personale e richiedere un consulto medico generico 24 ore su 24 ai medici della Struttura Organizzativa, attraverso chiamata vocale o videochiamata. Potrai inoltre completare la tua cartella salute per condividere i tuoi dati durante il consulto medico.

• Consulto medico specialistico tramite piattaforma partner "myclinic"

A seguito all'autovalutazione dei sintomi, per approfondire il tuo stato di salute, potrai accedere alla tua area personale e richiedere un consulto con un medico specialista in ortopedia, cardiologia, geriatria, neurologia, psicologia, nutrizione attraverso chiamata vocale o richiesta scritta in piattaforma. Potrai inoltre completare la tua cartella salute per condividere i tuoi dati durante il consulto medico.

- **Consegna farmaci al domicilio tramite piattaforma**

Se hai bisogno della consegna di farmaci presso la tua abitazione, puoi richiedere al fornitore convenzionato la loro consegna a tariffe agevolate. Il servizio di "Consegna farmaci al domicilio" tramite piattaforma è fornito a titolo gratuito.

- **Invio di un medico o di una autoambulanza a domicilio**

Puoi richiedere questa prestazione solo dopo aver avuto un consulto medico.

Se hai bisogno di una visita medica o di un'autoambulanza, la Struttura Organizzativa manda un medico scelto e convenzionato presso la tua abitazione.

Quando nessun medico può intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa ti trasporta in autoambulanza verso il centro medico più vicino e specializzato.

Noi terremo a nostro carico il costo dell'invio del medico o del trasporto in autoambulanza.

L'orario per l'erogazione della prestazione è il seguente:

- da lunedì a venerdì, dalle ore 20 alle ore 8,
- il sabato, la domenica e nei giorni festivi, 24 ore su 24.

Modalità di erogazione delle Prestazioni

Centrale Salute

Per tutto il corso di validità del Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute di Aglea Salus che è incaricata dalla Aglea Salus di:

operare come Centrale Salute attraverso il Numero Verde dedicato 800.035.666, attivo dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18,00 per:

- Informazioni generiche sulle prestazioni del Sussidio;
- Informazioni per accedere alle strutture convenzionate;
- Informazioni in merito alle corrette modalità di richiesta di rimborso delle spese sostenute;
- Informazioni sullo stato delle pratiche di rimborso dirette.

Sarà possibile quindi contattare e/o scrivere alla Centrale Salute per ricevere i servizi/prestazioni del presente Sussidio ai seguenti recapiti:

Numero Verde Nazionale: 800.035.666

Numero dall'Estero: +39.0774.608001

Fax: +39.06.89184300

E-mail: assistenza@agleasalus.it

Indirizzo: Via Maremmana, 1, Nerola, Fraz. Acquaviva, Roma

Gestione appuntamento – presa in carico – info strutture – servizi sanitari

Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà prendere contatto con la Centrale Salute per comunicare il tipo di assistenza richiesto. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Salute, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto alle condizioni in vigore. La banca dati della rete di strutture sanitarie in rapporto di convenzione con la Centrale Salute, in tutta Italia e all'estero, è a disposizione dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00 per ogni informazione in merito a singole strutture convenzionate e loro ubicazione, prestazioni specialistiche, esami diagnostici, ricoveri ed onorari.

Prenotazione visita odontoiatrica

Rivolgendosi al Servizio Clienti di Aglea Salus, l'Associato potrà prenotare e far organizzare la visita odontoiatrica presso una struttura convenzionata appartenente al Network, in una data che soddisfi le esigenze dell'Associato stesso e della struttura.

Qualora l'Associato scelga di rivolgersi ad una struttura fuori Network, dovrà comunque indicare all'operatore del Servizio Clienti di Aglea Salus il nominativo ed il recapito del dentista che eseguirà l'intervento, autorizzando il Servizio Clienti di Aglea Salus a contattare eventualmente il dentista.

Modalità erogazione prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Sussidio possono essere erogate in tre modalità differenti se espressamente previste dalle singole grazie disciplinate all'interno del presente regolamento:

- 1) **Accesso alle prestazioni in forma diretta**
- 2) **Accesso alle prestazioni in forma indiretta**
- 3) **Accesso alle prestazioni in forma mista**

1) Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma diretta

È riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario consultabile tramite il sito www.agleasalus.it senza necessità di anticipare alcun importo solo se previsto dal sussidio scelto, ad eccezione di quanto previsto nel presente regolamento. Tale procedura è prevista nel caso in cui sia la Struttura sanitaria che il medico scelto siano convenzionati con il nostro Network sanitario. La procedura di richiesta in forma diretta deve essere attivata almeno 3 giorni lavorativi prima delle cure previste, previa prenotazione presso la Centrale Operativa da parte dell'Assistito, il quale dovrà inviare l'apposito modulo di pagamento diretto, debitamente compilato in ogni sua parte, e disponibile sul sito www.agleasalus.it. Dovrà inoltre allegare copia dell'impegnativa medica indicante la diagnosi, secondo le modalità riportate sul modulo stesso. La conferma della autorizzazione a procedere con la prestazione in forma diretta verrà inviata dalla Centrale Salute all'Assistito mediante sms o e-mail. La procedura in forma diretta può essere attivata anche con Procedura On-line, compilando direttamente sul sito www.agleasalus.it l'apposito format messo a disposizione ed allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi. Nel caso di prestazioni rese in forma diretta, l'Assistito delega la Centrale Salute a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dal Sussidio. Le prestazioni non sanitarie e comunque quelle non garantite dalla garanzia nonché le eventuali quote di spesa a carico dell'Assistito saranno invece direttamente pagate da quest'ultimo al centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica

convenzionata sulla base delle relative fatture. L'Assistito deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra. Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'Assistito deve inoltre restituire alla Aglea Salus gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie, che dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili.

2) Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma indiretta

Gli Assistiti potranno richiedere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute presso Strutture Non Convenzionate con la Centrale Salute, nei limiti e secondo le condizioni previste nel Sussidio di riferimento. La procedura di richiesta di rimborso in forma indiretta deve essere attivata entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità, inviando il modulo di Rimborso Spese Mediche debitamente compilato (e disponibile sul sito www.agleasalus.it) e allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi, copia delle fatture e dei relativi referti, secondo le modalità riportate sul modulo stesso.

Anche la richiesta in forma indiretta potrà essere presentata mediante compilazione del Modulo On-line sul sito www.agleasalus.it allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi, copia delle fatture e dei relativi referti. Qualora necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l'integrazione della documentazione atta a verificare correttamente la rimborsabilità/ erogazione del contributo economico. Tutta la documentazione suddetta potrà essere inviata in copia e la Centrale Salute potrà, qualora ritenuto opportuno, richiedere l'invio della documentazione in originale. Le fatture e le ricevute inviate in originale verranno restituite all'Assistito successivamente alla definizione della pratica, previa apposizione da parte della Centrale Salute, del timbro di pagamento indicante l'importo rimborsato e la relativa data. In caso di infortunio, la denuncia dell'evento deve essere corredata dalla copia della cartella clinica di pronto soccorso o certificato equivalente di struttura pubblica e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

3) Prestazioni rese in forma mista

Tale caso è configurabile nel momento in cui l'Associato si avvalga di Strutture Mediche NON Convenzionate o di Strutture mediche Convenzionate ma con Equipe medica NON Convenzionata; La Centrale Operativa procederà con il così detto "pagamento misto", ossia verranno applicate i criteri e le modalità previste al precedente punto 1) per le prestazioni rese in forma diretta, e le modalità previste al precedente punto 2) per le prestazioni rese in forma indiretta.

7.4 – Documentazione da inviare per le richieste di rimborso

Ai moduli di richiesta va sempre allegata la seguente documentazione:

- Copia Tessera iscrizione UIL FPL;
- Certificato medico attestante l'esistenza della patologia (Malattia);
- In caso di richiesta di rimborso per patologia o intervento chirurgico conseguenti ad infortunio, si richiede copia del verbale di pronto soccorso o altro presidio ospedaliero, da reperirsi entro le 48 ore successive all'evento, in cui si attesti su dichiarazione dell'assistito, data, luogo e modalità di accadimento dell'evento occorso; sarà facoltà della mutua richiedere ulteriori dichiarazioni.
- Copia della cartella clinica e/o di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'associato;
- Copia delle fatture relative alle spese sostenute, debitamente quietanzate nonché, per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-ricovero, prescrizione medica, scontrino parlante;
- Per la liquidazione delle prestazioni di prevenzione e controlli sarà necessario presentare il documento di spesa e referto con esito delle prestazioni eseguite.
- Eventuale documentazione medica proveniente da un paese diverso dall'Italia, dovrà pervenire in lingua italiana con apposita traduzione. In mancanza di tale traduzione la richiesta di presa in carico (o di rimborso) non potrà essere presa in considerazione.

GARANZIE	Massimali/Sub-massimali (Anno/Nucleo) - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
MASSIMALE	€ 100.000
1) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER INTERVENTO CHIRURGICO Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - In rete - Fuori rete e mista - Ticket 	Da elenco (vedi Allegato n.1 "Elenco Interventi Chirurgici") Al 100% Scoperto 20% minimo € 2.000 e massimale € 8.000 Al 100%
Limite retta di degenza (solo Fuori Network)	€ 300 al giorno
Pre/post	120 gg.
Limite Accompagnatore (solo Fuori Network)	€ 50 al giorno max. 15 gg.
Assistenza Infermieristica	€ 60 al giorno max. 15 gg.
Trasporto	€ 1.500
Neonati Correzioni Malformazioni congenite	Nel primo anno di vita fino ad € 10.000
Indennità sostitutiva	€ 100 al giorno per 15 gg
Indennità sostitutiva per parto	€ 80 al giorno max. 7 gg.
Interventi ricostruttivi	5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria
2) OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER RICOVERI CHIRURGICI	Nell'ambito dei 120 gg. post
3) SERVIZIO DI ASSISTENZA GLOBALE INTEGRATA A SEGUITO DI RICOVERO PER NEOPLASIE MALIGNI	ulteriori 60 gg. per i post
4) OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER RICOVERI MEDICI	Da elenco, max € 5.000
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1) PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> In rete/Fuori rete Ticket 	Da elenco max. € 1.500 Franchigia € 50 scoperto 50% per presentazione Franchigia € 5 a ticket
2) VISITE SPECIALISTICHE Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> In rete/Fuori rete Ticket 	€ 500 Franchigia € 50 scoperto 50% per visita Franchigia € 5 a ticket
3) TICKET ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> Ticket 	€ 500 Franchigia € 5 a ticket

4) PACCHETTO MATERNITA': Condizioni: In rete/Fuori rete Ticket	€ 1.000 per gravidanza Al 100% Al 100%
5) Cure odontoiatriche da infortunio	€ 1.500,00
C) PREVENZIONE	
1) PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI Prevenzione cardiovascolare	UOMO 1 volta l'anno DONNA 1 volta l'anno
2) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI - visita specialistica odontoiatrica - ablazione del tartaro	Al 100% Al 75%
3) PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi	1 volta l'anno
D) ASSISTENZA	
Convenzione My Clinic	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Consulenze mediche generiche • 3 Consulenza mediche specialistiche (pediatra, cardiologo, nutrizionista, neurologo, psicologo, ortopedico, ginecologo, geriatra) • Invio medico/ambulanza a domicilio in Italia (3 volte anno) • Consegna farmaci
CONTRIBUTO	
Contributo singolo	€ 370,00
Contributo per coniuge/convivente	+ € 350,00
Contributo nucleo (coniuge/convivente e figli)	+ € 700,00

Sono inclusi i figli fino al 26° anno di età.
 Età max ingresso 70 anni compiuti – uscita 80 anni compiuti.

Elenco interventi chirurgici

Titolo	Descrizione
Cardiochirurgia	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
	Sostituzione valvolare multipla
	Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
	Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
	Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
	Asportazione corpi estranei o tumori del cuore
Chirurgia Cardiovascolare	Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
	Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache
Neurochirurgia	Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
	Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
	Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
	Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni
	Meningomidollari
	Interventi per tumori della base cranica per via transorale
	Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
	Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
	Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
	Rizotomia chirurgica intracranica
	Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
Chirurgia Toracica	Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
	Resezione bronchiale con reimpianto
	Interventi sul mediastino per tumori
	Asportazione totale del timo
	Pneumectomia, pleuropneumectomia
	Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare
Chirurgia Generale	Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
	Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
	Pancreaticoduodenectomia radicale
	Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
	Colectomia totale con linfadenectomia
	Esofagectomia totale
	Gastrectomia totale con linfadenectomia
	Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
	Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale
Chirurgia Ginecologica	Eviscerazione pelvica
	Vulvectomia allargata con linfadenectomia
	Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni
Chirurgia Ortopedica	Artroprotesi totale di anca
	Artroprotesi totale di ginocchio
	Artrodesi vertebrali per via anteriore
	Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio
Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale	Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni
	Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni
	Laringectomia totale, laringofaringectomia
	Intervento per neurinoma dell'ottavo paio
	Nefrectomia allargata per tumore
	Nefro-ureterectomia totale
	Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia

	Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
Chirurgia Urologica	Surrenalectomia
Trapianto di organi	Tutti

Interventi chirurgici particolari

- Alluce valgo nel limite massimo di € 2.000,00
- Appendicectomia nel limite massimo di € 2.500,00
- Asportazione noduli tiroidei nel limite massimo di € 2.500,00
- Colectomia nel limite massimo di € 2.000,00
- Cataratta nel limite massimo di € 1.000,00
- Meniscectomia nel limite massimo di € 2.500,00
- Tunnel carpale nel limite massimo di € 1.000,00
- Varici nel limite massimo di € 2.500,00
- Varicocele nel limite massimo di € 2.000,00.