



MedCover

MEDCOVER 65

Edizione 2021

Chi è MEDCOVER

MEDCOVER è una Cassa di Assistenza iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute.

Prestazioni offerte

Le principali prestazioni offerte sono le seguenti:

MEDICINA E CURE	Ricovero per Gravi Patologie	100.000€ - Plafond unico per le prestazioni	100.000€
	Spese Pre e Post ricovero		90gg pre / 90gg post
	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali		100€, max 60 gg
	Spese accompagnatore		60€, max 40 gg
	Ticket		100%
	Diaria sostitutiva del rimborso		100€, max 90 gg
	Cure Oncologiche		3.000€
	Alta diagnostica e terapie di alta specializzazione		1.000€
	Terapista della riabilitazione (indipendente dal ricovero)		250€
PRESTAZIONI SOCIALI E DI ASSISTENZA	Servizi di assistenza My-Net	Consulenza medica telefonica	
		Accesso ai Network convenzionati	
	Counseling Psicologico	Servizio telefonico (massimo 5 telefonate all'anno)	
ODONTOIATRIA	Igiene Orale	Nel network	

A chi è rivolto

I Soggetti nei confronti dei quali sono erogate le prestazioni descritte nel presente Piano Sanitario sono il Socio Ordinario (titolare dell'adesione) e i Soci ordinari familiari conviventi, ovvero: il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi, anche solo di uno dei coniugi o conviventi, fiscalmente a carico, compresi anche i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati.

Le prestazioni sono valide per i Soci residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Stato della Città del Vaticano al momento dell'adesione; qualora vi sia una variazione in corso d'anno, le prestazioni saranno operanti sino alla scadenza dello stesso.

Da quando decorrono le coperture

MEDICINA E CURE	<ul style="list-style-type: none">• per gli infortuni o per l'aborto post traumatico, dalla data di adesione;• per le malattie dal 150° giorno successivo dalla data di adesione;• per i ticket sanitari dalla data di adesione;• per le malattie della gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri, tramite esame ecografico, che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto del piano) dal 300° giorno successivo alla data di adesione
PRESTAZIONI SOCIALI E DI ASSISTENZA	<ul style="list-style-type: none">• dalla data di adesione
ODONTOIATRIA	<ul style="list-style-type: none">• dalla data di adesione

Durata

La presente copertura ha una validità di 365 giorni, a decorrere dal giorno successivo alla data di sottoscrizione del modulo di adesione a MEDCOVER , senza tacito rinnovo.

Qualora la copertura venga in seguito sostituita da altro Piano Sanitario di MEDCOVER , senza soluzione di continuità, i termini di aspettativa/carenza di cui sopra operano dal giorno in cui aveva avuto effetto l'adesione sostituita per le medesime persone e per lo stesso livello di prestazioni da quest'ultima prevista.

In caso di variazione di tipologia del Piano Sanitario di MEDCOVER , per la valutazione della pratica e il relativo rimborso per spese pre e post ricovero inerente ad un ricovero, day hospital/day surgery, si applicano le condizioni previste nel Piano Sanitario in vigore al momento del verificarsi dell'evento, come definito nel Glossario.

Fino a quale età si può beneficiare

MEDICINA E CURE	Le prestazioni sono operanti fino al 31 dicembre dell'anno del raggiungimento del 75° anno di età. Dal 1° gennaio dell'anno successivo al compimento del 75° anno di età e fino al 31 dicembre dell'anno di compimento dell'85° anno di età, le prestazioni operanti sono dettagliate di seguito in apposita sezione "Coperture per età compresa tra 75 anni e 85 anni"
PRESTAZIONI SOCIALI E DI ASSISTENZA	Le prestazioni si riferiscono ad eventi verificatisi entro e non oltre il compimento dell'85° anno di età.
ODONTOIATRIA	Le prestazioni di igiene dentaria si intendono operanti fino al 31 dicembre dell'anno del raggiungimento del 75° anno di età. Le ulteriori prestazioni a tariffe agevolate sono operanti fino al 31 dicembre dell'anno di compimento dell'85° anno di età.

Dove

MEDICINA E CURE	Le prestazioni valgono in Italia
PRESTAZIONI SOCIALI E DI ASSISTENZA	Le prestazioni valgono in Italia
ODONTOIATRIA	Le prestazioni valgono in Italia, presso il Network convenzionato

Esclusioni

MEDCOVER non presta le garanzie previste dal seguente Piano Sanitario per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere in copertura al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l' eventuale successivo incasso del contributo non costituisce deroga; il contributo medesimo verrà restituito da MEDCOVER.

Inoltre, MEDCOVER non presta le garanzie previste nel seguente Piano Sanitario, per:

- a) infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;
- b) infortuni derivanti da guida di veicoli in stato di ebbrezza o ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e successive modificazioni e integrazioni;
- c) infortuni o malattie determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- d) conseguenze di:
 - a. infortuni occorsi prima dell'adesione al piano sanitario,
 - b. malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto del piano sanitario;
- e) malformazioni o difetti fisici preesistenti all'ingresso nel piano sanitario;
- f) patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;
- g) prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da infortunio, quest'ultimo purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche;
- h) check-up di medicina preventiva;
- i) interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- j) paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche, salvo quanto previsto dalla sezione Odontoiatria;
- k) ricoveri per parto (naturale o cesareo) e puerperio;
- l) aborto volontario non terapeutico;
- m) infertilità, sterilità, impotenza;
- n) sieropositività da virus H.I.V.;
- o) conseguenze di:
 - a. atti dolosi compiuti o tentati dal Socio;
 - b. partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
 - c. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
 - d. guerre, insurrezioni in genere;
 - e. movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano;

- p) ricoveri dovuti alla necessità del Socio, dopo essere divenuto non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi).

Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di perdita permanente dell'autosufficienza derivanti direttamente o indirettamente da:

- q) Danni alla propria persona procurati dal socio stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire le prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- r) Abuso di alcol e/o psicofarmaci non che uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- s) Problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili a una causa organica (schizofrenia depressione, etc.)
- t) Infortuni conseguenti a guida di veicoli e natanti a motore per i quali il socio non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.

Norme che regolano il Piano in Generale

Dichiarazioni del Socio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Socio relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al sussidio nonché la cessazione ai sensi del Codice Civile.

Dettaglio delle prestazioni

Medicina e Cure

Le prestazioni erogate da MEDCOVER per le coperture di Medicina e Cure sono le seguenti:

- Ricovero per gravi patologie
- Spese pre e post ricovero
- Trapianto di organi
- Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali
- Spese per accompagnatore
- Ticket
- Diaria sostitutiva del rimborso
- Cure Oncologiche
- Alta diagnostica e terapie di alta specializzazione

1. Ricovero

RICOVERO PER GRAVI PATOLOGIE

In caso di ricovero o intervento chirurgico reso necessario da grave patologia indicata nell'Appendice 1, MEDCOVER mette a disposizione un plafond unico di 100.000,00 Euro per anno e per nucleo familiare, per le spese sostenute dall'Assistito e indicate dal paragrafo 1.1 al paragrafo 1.8., **previa applicazione della quota a carico dell'Assistito, di seguito indicata:**

- a) prestazioni eseguite presso le strutture convenzionate: quota a carico del 20% delle spese, con un minimo di 500€, a carico dell'Assistito, per evento.
- b) prestazioni eseguite presso le strutture non convenzionate: quota a carico del 30% delle spese, con un minimo di 500€, con il limite di 150€ al giorno per retta di degenza, a carico dell'Assistito, per evento.
- c) mista: per le spese relative alla Struttura Sanitaria convenzionata, le quote a carico previste al punto a), per le spese relative alla Struttura non convenzionata, le quote a carico previste al punto b).

1.1.SPESE PRECEDENTI IL RICOVERO O L'INTERVENTO CHIRURGICO

MEDCOVER rimborsa le spese sostenute dal Socio nei 90 giorni precedenti al ricovero per Gravi Patologie come indicato nell'Appendice 1, per le prestazioni di seguito elencate

- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici).

1.2.SPESE DURANTE IL RICOVERO O L'INTERVENTO CHIRURGICO

In base alla modalità di accesso alle prestazioni scelta, MEDCOVER rimborsa le spese sostenute dall'Assistito e/o provvede al pagamento diretto alle Strutture Sanitarie, durante il ricovero per Gravi Patologie come indicato all'Appendice 1, per le prestazioni di seguito elencate:

- accertamenti diagnostici
- assistenza medica, ostetrica ed infermieristica **esclusivamente se effettuata da personale della struttura sanitaria**; cure, terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali;
- onorari dell'équipe che effettua l'intervento chirurgico, materiale di intervento (comprese le endoprotesi), apparecchiature terapeutiche, diritti di sala operatoria;
- rette di degenza, **con esclusione delle spese voluttuarie**; in caso di ricovero riabilitativo conseguente ad intervento chirurgico di protesizzazione ortopedica o ad intervento chirurgico di natura cardiocirurgica la garanzia di cui al presente alinea opera **esclusivamente nel limite massimo di 15 giorni per ricovero**.

1.3.SPESE SUCCESSIVE AL RICOVERO O ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

MEDCOVER rimborsa le spese sostenute dal Socio nei 90 giorni successivi al ricovero per Gravi Patologie come indicato all'Appendice 1, per le prestazioni di seguito elencate:

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici);
- assistenza infermieristica resa necessaria dalla temporanea non autosufficienza dell'Assistito in conseguenza di intervento chirurgico, infortunio, ictus cerebrale o infarto cardiaco, **esclusivamente se effettuata da personale della struttura sanitaria**;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da infortunio, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco, dall'intervento chirurgico;
- trattamenti di malattie oncologiche.

1.4.SPESE RELATIVE AL TRAPIANTO DI ORGANI

In caso di ricovero per trapianto di organi, in aggiunta alle prestazioni relative alle spese precedenti/successive e durante il ricovero o l'intervento chirurgico, MEDCOVER rimborsa:

- se l'Assistito è ricevente: le spese di prelievo e trasporto di organi o parti di essi, ovvero le spese di ricovero del donatore vivente;
- se l'Assistito è donatore: le sue spese di ricovero e di viaggio (in treno o aereo di linea) di andata e ritorno

1.5.OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

In caso di ospedalizzazione domiciliare per malattia terminale, intesa come malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza, che comporta la non autosufficienza dell'Assistito a mantenere una vita indipendente e a svolgere le comuni attività quotidiane, MEDCOVER rimborsa le spese per assistenza domiciliare continuativa medica e infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture all'uopo costituite e legalmente riconosciute, fino a un massimo di 100€ al giorno per un massimo di 60 giorni.

1.6.ACCOMPAGNATORE

Il Piano Sanitario prevede le spese per vitto e pernottamento nella struttura sanitaria di un accompagnatore; **qualora la struttura sanitaria non sia attrezzata ad ospitare l'accompagnatore, il rimborso riguarda le sole spese di pernottamento in albergo.** MEDCOVER rimborsa un massimo di 60 € al giorno, per un massimo di 40 giorni.

1.7.TICKET

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, MEDCOVER rimborsa integralmente il costo dei ticket **purché di importo complessivo non inferiore a € 25**; tale importo può essere raggiunto anche cumulando nel corso del periodo più ticket relativi al medesimo Assistito.

1.8.INDENNITÀ SOSTITUTIVA DI RIMBORSO

Qualora le spese di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, MEDCOVER corrisponde – **in sostituzione del rimborso delle prestazioni sopra descritte (con esclusione dei Ticket)** – una diaria **dell'importo di 100€ al giorno, per un massimo di 90 giorni**, per ciascun pernottamento in struttura sanitaria senza applicazione di scoperti/franchigie.

In caso di day hospital/day surgery la diaria è ridotta al 50% e viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

In caso di ricovero riabilitativo conseguente ad intervento chirurgico di protesizzazione ortopedica o ad intervento chirurgico di natura cardiocirurgica, la diaria viene corrisposta **per un massimo di 15 giorni per ricovero.**

Qualora il ricovero sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assistito può scegliere tra l'indennità di cui sopra o il rimborso della spesa indennizzabile rimasta a suo carico per le prestazioni descritte negli articoli precedenti (inclusi i Ticket).

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale non viene corrisposta alcuna indennità.

1.9 CURE ONCOLOGICHE

Anche in assenza di ricovero, nei casi di malattie oncologiche MEDCOVER rimborsa le spese relative a chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e farmacologiche (se non effettuate in regime di

ricovero), **fino ad un massimo di 3.000€ per anno e per nucleo familiare, previa applicazione della quota a carico dell'Assistito, di seguito indicata:**

- a) prestazioni eseguite presso le strutture convenzionate: quota a carico del 20% delle spese, con un minimo di 500€, a carico dell'Assistito, per evento.
- b) prestazioni eseguite presso le strutture non convenzionate: quota a carico del 30% delle spese, con un minimo di 500€, con il limite di 150€ al giorno per retta di degenza, a carico dell'Assistito, per evento.
- c) mista: per le spese relative alla Struttura Sanitaria convenzionata, le quote a carico previste al punto a), per le spese relative alla Struttura non convenzionata, le quote a carico previste al punto b).
- d) SSN: rimborso integrale del ticket.

Per malattie oncologiche di cui al presente paragrafo, si intendono:

- neoplasie maligne a carattere invasivo comprovate da referto istopatologico;
- i tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale;
- la leucemia, i linfomi, il linfoma di Hodgkin.

1.10 PRESTAZIONI ACCESSORIE

MEDCOVER rimborsa inoltre:

- Le spese di trasporto in ambulanza per il ricovero in struttura sanitaria o il trasporto da una struttura sanitaria ad un'altra **fino alla concorrenza di € 520 per anno;**
qualora l'emergenza richieda l'intervento di aereo-eliambulanza il predetto limite di rimborso è elevato a € 2.600;
qualora il ricovero avvenga all'Estero (mentre l'Assistito è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell'intervento o per l'alta specializzazione richiesta dallo stesso), **il predetto limite è elevato a € 1.600** e comprende anche le spese di viaggio in treno o in aereo di linea, anche sostenute da un accompagnatore;
- Le spese per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'Estero in conseguenza di ricovero indennizzabile, **fino a € 1.600.**

2. Extra ricovero

2.1 ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, per le prestazioni di Alta Diagnostica e di Alta Specializzazione sotto indicate, MEDCOVER rimborsa **fino alla concorrenza del plafond di 1.000,00€ l'anno per nucleo, e previa applicazione della quota a carico dell'Assistito di 50€ presso le strutture convenzionate e del 30% con un minimo di 50€ presso le strutture non convenzionate;** le spese sostenute dall'Assistito per gli accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre coperture:

- Angiografia;
- RMN (risonanza magnetica nucleare);
- Scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche;
- TAC (Tomografia assiale computerizzata).

Terapie:

- Dialisi (massimo 15 applicazioni per periodo assicurativo e per Assistito).

Qualora le prestazioni in oggetto siano effettuate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale, MEDCOVER rimborsa integralmente i costi dei ticket a carico dell'Assistito **purché di importo**

complessivo non inferiore a € 25; tale importo può essere raggiunto anche cumulando nel corso del periodo assicurativo più ticket relativi al medesimo Assistito.

2.2 DETARTRASI

MEDCOVER rimborsa per ogni componente del nucleo familiare, le spese sostenute una volta l'anno esclusivamente in centri odontoiatrici convenzionati – il cui elenco è consultabile tramite il sito di Blue Assistance www.mynet.blue – per un'ablazione semplice del tartaro (detartrasi).

Si specifica che la prestazione non si attiva in caso di utilizzo di centri odontoiatrici non convenzionati con Blue Assistance.

2.3 FISIOTERAPIA

Se il Socio, a seguito di una malattia o di un infortunio, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, necessita di essere seguito da un terapeuta della riabilitazione MEDCOVER rimborsa l'importo di **€ 250,00** (duecentocinquanta) per Nucleo Familiare e per anno.

Coperture per età comprese tra 75 e 85 anni

Dal 1° gennaio dell'anno successivo al compimento del 75° anno di età e fino al 31 dicembre dell'anno di compimento dell'85° anno di età da parte del Socio, che sia egli Socio titolare dell'adesione o altro socio ordinario familiare, con riguardo alla sezione "Medicina e cure" operano esclusivamente le seguenti prestazioni:

DIARIA PER GRAVI PATOLOGIE

In caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *grave patologia* di cui all'Appendice 1, qualora le spese di *ricovero* siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, MEDCOVER corrisponde una diaria **dell'importo di 100€ al giorno, per un massimo di 30 giorni**, per ciascun pernottamento, per anno e per Nucleo familiare

In caso di *day hospital/day surgery* la diaria è ridotta al 50% e viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

Si specifica che la diaria non verrà corrisposta in caso di intervento ambulatoriale.

Prestazioni Sociali e di Assistenza

MEDCOVER, attraverso **Blue Assistance** mette a disposizione dell'intero nucleo familiare i seguenti servizi:

3.1 CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

Qualora l'*Assistito* necessiti di informazioni e consigli medici MEDCOVER, *eroga* i servizi di consulenza medica telefonica di seguito descritti, 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno.

Non verranno fornite diagnosi o prestazioni mediche.

A. Servizio di Informazione Medica Telefonica: tale servizio consiste nel fornire informazioni e consigli su medicinali commercializzati in Italia o su primi provvedimenti d'urgenza da adottare.

B. Servizio di Informazione Medica Specialistica Telefonica

- **Consulenza medica telefonica pediatrica:** tale servizio consiste nel fornire orientamenti di fronte a problematiche insorte nei bambini nonché nel fornire suggerimenti e informazioni sulle tematiche strettamente connesse all'età evolutiva, alimentazione, accrescimento, vaccinazioni, relazione e comportamento, etc.
- **Consulenza medica telefonica geriatrica:** tale servizio consiste nel fornire un supporto nella valutazione dei bisogni socio-sanitari dell'anziano e di un eventuale successivo intervento medico, infermieristico, psicologico domiciliare.
- **Servizio di Informazione Telefonica Medico Veterinaria:** tale servizio consiste nel fornire informazioni e consigli veterinari su medicinali commercializzati in Italia o su primi provvedimenti d'urgenza da adottare.

Il Servizio di Informazione Medica Specialistica Telefonica viene fornito per un massimo di 3 consulenze telefoniche all'anno per ogni tipologia di consulenza medica specialistica e per nucleo familiare.

3.2 ACCESSO AL NETWORK

MEDCOVER offre all'*Assistito* la possibilità di effettuare, a tariffe agevolate:

- prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati. Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche sono consultabili tramite il sito stesso;
- prestazioni mediche rese dal network di centri medici convenzionati
- prestazioni fisioterapiche rese dal network di centri medici convenzionati
- accertamenti e visite veterinarie rese dal network di strutture veterinarie convenzionate
- accesso a palestre e centri di bellezza convenzionati

L'*Assistito* ha la facoltà di usufruire delle tariffe agevolate.

Resta inteso che:

- A. Le prestazioni dei medici / medici dentisti / centri convenzionati saranno fornite direttamente da predetti Soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
- B. I corrispettivi relativi alle prestazioni dei medici / medici dentisti / centri convenzionati saranno a carico dell'*Assistito* che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi**
- C. Le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei medici / medici dentisti / centri convenzionati saranno fornite direttamente dagli stessi, a cui l'*Assistito* si è rivolto.

I servizi sono usufruibili accedendo all'Area Riservata di MEDCOVER al seguente indirizzo www.mutuall.it AREA ASSISTITI e cliccando sul servizio



Nell'Area Riservata *MyNet* sono riportate e aggiornate le strutture convenzionate e tutte le informazioni necessarie ad usufruire dei servizi.

3.3 COUNSELLING PSICOLOGICO

MEDCOVER mette a disposizione del Socio cinque consulenze telefoniche svolte da un professionista psicologo/psicoterapeuta, per anno e per nucleo.

La consulenza psicologica telefonica può essere considerata come un approccio preventivo, rispetto al possibile instaurarsi o al cronicizzarsi di situazioni di disagio, nonché orientativo, in quanto offre la possibilità di ricevere informazioni, chiarimenti, approfondimenti su diversi ambiti:

- per un confronto con un esperto della salute mentale in caso non si abbia momentaneamente la possibilità di recarsi di persona;
- per ricevere un parere professionale circa una situazione di criticità che ci si trovi ad affrontare: momento del ciclo di vita, problematica lavorativa, personale, relazionale, o per un disagio emotivo;
- per chiedere semplicemente informazioni o approfondire un argomento di carattere psicologico;
- per chiarire eventuali dubbi circa gli ambiti di intervento dei diversi professionisti della salute mentale al fine di orientarsi nella scelta.

Lo psicologo fornirà una prima consulenza orientativa e risponderà a domande.

Cosa non è la consulenza telefonica psicologica:

- non è una psico-diagnosi;
- non è una psicoterapia.

Prestazioni

Come accedere alle prestazioni

Le prestazioni possono essere erogate nelle seguenti forme:

DIRETTE	Mediante l'utilizzo di prestazioni erogate da medici o professionisti sanitari presso Strutture private e/o pubbliche e centri sanitari convenzionati con MEDCOVER
INDIRETTE	Mediante l'utilizzo di prestazioni erogate da medici o professionisti sanitari presso Strutture private e/o pubbliche e centri sanitari non convenzionati con MEDCOVER oppure convenzionati ma senza applicazione di tariffe agevolate
MISTE	Mediante l'utilizzo di prestazioni erogate da medici o professionisti sanitari non convenzionati con MEDCOVER presso Strutture private e/o pubbliche e centri sanitari convenzionati con MEDCOVER
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	Mediante l'utilizzo di prestazioni erogate da Strutture del Servizio Sanitario Nazionale

NORME GENERALI

L'evento oggetto di copertura deve essere comunicato dall'Assistito o dai suoi aventi diritto a MEDCOVER appena possibile e comunque entro 6 mesi dall'evento stesso, pena decadenza del diritto di rimborso/indennizzo.

In caso di richiesta di integrazione di documenti da parte della Centrale Salute, l'Assistito deve provvedere entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta, **pena decadenza del diritto di rimborso/indennizzo**.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa da Italiano, Inglese, Francese, Spagnolo o Tedesco deve essere corredata di traduzione in italiano. **In mancanza, gli oneri di traduzione sono a carico dell'Assistito.**

L'Assistito, in caso di richiesta, deve consentire la visita di medici indicati da MEDCOVER e qualsiasi indagine o accertamento che quest'ultima ritenga necessario, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

L'Assistito dovrà fornire a MEDCOVER ogni documento, fattura, notula, referto che permetta la corretta valutazione della pratica di rimborso/indennizzo.

I costi di copia della cartella clinica sono a carico dell'Assistito.

Il Socio è tenuto a collaborare per il corretto svolgimento delle attività di assistenza e fornire alla

Centrale Salute qualsiasi informazione utile. **Il Socio che dolosamente non adempie ai predetti obblighi perde il diritto all'indennizzo o alla prestazione;**

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge (ivi compreso sul documento fiscale la presenza di marca da bollo, non rimborsabile da MEDCOVER). Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, MEDCOVER può richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

L'assistito, all'interno della propria area riservata, ha a disposizione lo statuto, il regolamento ai quali si rimanda per quanto non indicato nel presente Piano Sanitario.

L'Assistito, nel momento in cui richiede il rimborso delle spese sostenute, deve trasmettere a MEDCOVER copia della documentazione di altre coperture (ad esempio Polizza).

PRESTAZIONI DIRETTE

Le prestazioni dirette sono le prestazioni di cui l'Assistito usufruisce in Centri Convenzionati con Medici professionisti Convenzionati.

COME USUFRUIRE DI UNA PRESTAZIONE DIRETTA

L'Assistito può telefonare allo 02 37929495 o inviare una mail alla Centrale Salute (centralesalute@mutuall.it) per richiedere informazioni sulla propria copertura, sui Centri Convenzionati e sui medici / professionisti convenzionati.

L'Assistito prenota per proprio conto la prestazione nel Centro Convenzionato ed almeno 3 giorni lavorativi prima della data fissata invia il modulo per la richiesta di prestazione diretta compilato e firmato con:

- la prescrizione medica corredata dal quesito diagnostico e/o dalla diagnosi;
- in caso di ricovero o intervento ambulatoriale l'anamnesi il più completa possibile;

MEDCOVER valuta se la prestazione può essere autorizzata e provvede a dare riscontro all'Assistito. L'autorizzazione data in questa fase è provvisoria ed è subordinata alla verifica della documentazione medica (cartella clinica o referto) che perverrà a MEDCOVER dalla Struttura dopo che la prestazione è stata effettuata. **Nel caso in cui si evincesse che la prestazione non rientra in copertura, l'intero importo rimane a carico dell'Assistito.**

Nel caso di documentazione non completa, MEDCOVER richiederà all'Assistito di integrarla. Se la richiesta non può essere accolta, la Centrale Salute provvederà ad informare l'Assistito motivando la ragione della reiezione.

Se la richiesta è stata autorizzata in via provvisoria, la Centrale Salute comunicherà all'Assistito le condizioni (massimali ed eventuali quote a carico dell'Assistito) e il nome della Struttura attraverso cui la prestazione diretta è stata autorizzata

L'Assistito si reca nel Centro Convenzionato per effettuare la prestazione e avrà cura di saldare

direttamente in Strutturaleventuale quota a Suo carico. Tutti i costi eccedenti l'eventuale quota a carico dell'Assistito rimarranno in capo a MEDCOVER

Il Socio deve comunicare preventivamente alla Centrale Salute qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata.

In caso di urgenza o di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Salute sarà possibile richiedere il pagamento diretto anche a ricovero avvenuto, salvo far pervenire la documentazione e la richiesta alla Centrale Salute entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e comunque prima delle dimissioni dalla Struttura Sanitaria.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali il Socio sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Salute

COME RICHIEDERE UNA PRESTAZIONE "DIRETTA" TRAMITE L'AREA RISERVATA

- Almeno 3 giorni lavorativi prima della data della prestazione accedi alla tua Area Riservata sul sito www.saluteebenessere.it
- Clicca su "Moduli" e poi su "Dirette".
- Stampa il modulo, compilalo in ogni sua parte, firmalo ed effettua una scansione.
- Clicca su "Nuova pratica", seleziona l'Assistito che dovrà effettuare la prestazione e clicca su "Avanti".
- Clicca su "Diretta" e poi su "Avanti".
- Inserisci la data della prestazione, scegli il Centro Convenzionato dal menu a tendina e scrivi il nome del medico (operazione non necessaria in caso di Accertamento Diagnostico). Clicca poi su "Avanti".
- Inserisci i documenti (modulo di richiesta prestazione diretta compilato, prescrizioni mediche e documentazione relativa all'anamnesi personale ecc.) cliccando sull'immagine azzurra con il "+". È possibile inoltre inserire delle note nell'apposito spazio. Al termine di queste operazioni, clicca su "Salva e chiudi".
- Dopo aver inserito i documenti, clicca su "Avanti".
- Clicca su "Salva" per completare il caricamento della pratica.

Riceverai quindi una e-mail dell'avvenuta creazione della pratica. Il messaggio verrà notificato solo se in anagrafica è presente il tuo numero di cellulare. Dopo che la prestazione è stata autorizzata, riceverai un nuovo messaggio o una mail in cui si esplicitano le condizioni (con indicati massimali ed eventuali quote che rimangono a tuo carico) e il nome del provider utilizzato.

Alla data stabilita, ti recherai nel Centro Convenzionato ed effettuerai la prestazione dopo aver riferito all'accettazione del Centro Convenzionato il nome del provider attraverso cui la prestazione diretta è stata autorizzata, pagando al Centro Convenzionato l'eventuale quota che rimane a tuo carico.

IN ALTERNATIVA alla creazione della pratica utilizzando l'Area Riservata, puoi inviare il modulo compilato e la documentazione medica necessari alla valutazione della richiesta all'indirizzo e-mail centralesalute@saluteebenessere.it.

PRESTAZIONI INDIRETTE

Le prestazioni indirette sono prestazioni in cui l'Assistito usufruisce di un Centro non convenzionato oppure usufruisce di un Centro Convenzionato senza attivare la procedura prevista per le prestazioni dirette e senza l'applicazione delle tariffe agevolate.

COME USUFRUIRE DI UNA PRESTAZIONE INDIRETTA

L'Assistito, dopo aver effettuato la prestazione e saldato la fattura, invia a MEDCOVER il modulo di richiesta di rimborso spese mediche, compilato e firmato, con la documentazione medica e di spesa.

La documentazione dovrà constare di:

Documentazione Medica

Prescrizione con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi e/o referto da cui si evinca il sospetto patologico o la patologia diagnosticata. In caso di infortunio occorre inoltre il referto del Pronto Soccorso. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

Cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero, sia con pernottamento che diurno (Day Hospital/Day Surgery).

Relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito.

Documentazione di Spesa Quietanzata

Fatture, note, ricevute con il dettaglio delle cure eseguite e i relativi importi. La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

La Centrale Salute provvederà a valutare la richiesta di rimborso.

Nel caso di documentazione non completa, la Centrale Salute richiederà all'Assistito di integrarla. Se la richiesta non può essere accolta, la Centrale Salute provvederà ad informare l'Assistito motivando la ragione della reiezione.

Se la prestazione risulta rimborsabile, l'Assistito riceverà il bonifico sul Conto Corrente indicato nel modulo di richiesta di rimborso spese mediche.

COME RICHIEDERE UN RIMBORSO IN FORMA "INDIRETTA" TRAMITE L'AREA RISERVATA

- Dopo aver effettuato la prestazione e pagato la fattura alla Struttura, accedi alla tua Area Riservata.
- Clicca su "Moduli" e poi su "Rimborso Spese".
- Stampa il modulo, compilalo in ogni sua parte, firmalo ed effettua una scansione.
- Clicca su "Nuova pratica", seleziona l'Assistito che ha effettuato la prestazione e clicca su "Avanti".
- Clicca su "Indiretta" e poi su "Avanti".
- Inserisci la data della prestazione e clicca poi su "Avanti".
- Inserisci la fattura cliccando sull'immagine azzurra con il "+" e compila i campi "Numero fattura", "Data fattura" e "Totale fattura" Clicca poi su "Aggiungi fattura".

- Inserisci i documenti (modulo di richiesta di rimborso compilato, prescrizioni mediche, referti, cartelle cliniche, ecc.) cliccando sull'immagine azzurra con il "+". È possibile inoltre inserire delle note nell'apposito spazio. Al termine di queste operazioni, clicca su "Salva e chiudi".
- Dopo aver inserito fatture e documenti, clicca su "Avanti".
- Clicca su "Salva" per completare il caricamento della pratica.

Riceverai quindi un messaggio dell'avvenuta creazione della pratica. Il messaggio verrà notificato solo se nell'area riservata è presente il tuo numero di cellulare. Potrai quindi seguire il processo di lavorazione della pratica cliccando su "Pratiche" nell'Area Riservata.

IN ALTERNATIVA alla creazione della pratica utilizzando l'Area Riservata, puoi inviare il modulo compilato, la documentazione medica e la documentazione di spesa quietanzata necessari alla valutazione della richiesta all'indirizzo e-mail centralesalute@saluteebenessere.it.

PRESTAZIONI MISTE

Le prestazioni miste sono i Ricoveri e gli Interventi Ambulatoriali in cui l'Assistito usufruisce di Centri convenzionati e di Medici non convenzionati.

*Relativamente alla parte convenzionata MEDCOVER sosterrà direttamente i costi, in base alle modalità indicate nel paragrafo "Prestazioni Dirette"; per la parte relativa ai Medici non convenzionati MEDCOVER rimborserà all'Assistito il costo sostenuto, in base alle **modalità indicate nel paragrafo "Prestazioni Indirette"**.*

PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In caso di Ricovero a carico del S.S.N., l'Assistito dovrà inviare a MEDCOVER la cartella clinica comprensiva di SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) al termine del ricovero con le modalità previste nella sezione "Prestazioni Indirette".

GLOSSARIO

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

- Prestazione medica atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia, a carattere anche cruento e/o invasivo.

- **ASSISTITI / SOCI**

- I soggetti nel cui interesse vengono erogate le prestazioni, intendendosi per tali i Soci Ordinari e i Soci Ordinari Familiari, in regola con i versamenti dei contributi associativi a MEDCOVER da parte del Socio Ordinario stesso.

BLUE ASSISTANCE

- Blue Assistance S.p.A. è una Società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto di MEDCOVER, alla liquidazione dei *sinistri* ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le *strutture sanitarie* selezionate da MEDCOVER stessa.

- **CARENZA**

- Periodo successivo alla data di adesione durante il quale le coperture non sono operanti.

CARTELLA CLINICA

- Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il *ricovero*, contenente le generalità dell'Assistito, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

- **CENTRALE SALUTE**

- La Centrale Salute è la struttura messa a disposizione dal Provider a cui MEDCOVER esternalizza in tutto o in parte l'attività per la gestione diretta e/o indiretta relativa agli adempimenti delle prestazioni sanitarie di assistenza formulate dai Soci Ordinari e familiari di MEDCOVER.

CERTIFICATO DI ADESIONE

- Documento che riporta i dati del *Contraente* e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del *Contraente*, i dati identificativi del rischio, il contributo, la durata e la sottoscrizione delle *Parti*.

CONTRAENTE

- Il soggetto che stipula il contratto con MEDCOVER. Coincide con il Socio Ordinario.

CONTRIBUTO

- Somma dovuta dal *Contraente* al MEDCOVER. Il contributo può essere anche pagato dal Socio Sostenitore.

DATA DI ADESIONE

Il primo giorno del mese successivo rispetto alla data di sottoscrizione del modulo di adesione a MEDCOVER.

DATA DI SOTTOSCRIZIONE

La data in cui si sottoscrive il modulo di adesione a MEDCOVER.

- **DAY HOSPITAL**

- Degenza esclusivamente diurna in struttura sanitaria (pubblica o privata) regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera e documentata da cartella clinica.

- **DAY SURGERY**

- Degenza esclusivamente diurna, in struttura sanitaria (pubblica o privata) regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico.

EVENTO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la copertura. Più precisamente:

In caso di Prestazioni Ospedaliere: per evento si intende il singolo ricovero ordinario, anche se in più reparti o Strutture, purché senza interruzione, il anche in regime di Day Hospital/Day Surgery o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. Si intende come data evento il giorno di ricovero. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero (spese pre e post ricovero o intervento ambulatoriale comprese).

In caso di Prestazioni Extraospedaliere: per evento si intende il singolo accertamento strumentale, la singola visita specialistica, il singolo esame diagnostico o la singola seduta di terapia (es. fisioterapia o infiltrazioni intrarticolari). Si intende come data evento il giorno di effettuazione della prestazione Extraospedaliere.

FISIOTERAPIA

Trattamento riabilitativo a seguito di malattia o infortunio, manuale e/o strumentale, eseguito da Fisioterapista.

FISIOTERAPISTA (TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE)

Professionista in possesso Le prestazioni fisioterapiche devono essere effettuate da persone in possesso dei titoli abilitanti previsti dal decreto del Ministero della Sanità 27/07/2000 pubblicato dalla G.U. n. 190 del 16/08/2000.per l'esercizio della Fisioterapia.

GRAVI PATOLOGIE

Le patologie indicate all'Appendice 1

INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Importo forfettario giornaliero che MEDCOVER eroga nel caso di ricovero a totale o prevalente carico del S.S.N.. Ai fini del calcolo dell'importo dell'indennità sostitutiva rilevano i pernottamenti effettuati in ricovero e, pertanto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati una sola giornata.

INDENNIZZO

- Somma dovuta da MEDCOVER in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

- Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

MALATTIA

- Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'*Assicurato* non dipendente da *infortunio*.

MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO

- Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della *polizza*.

MASSIMALE/PLAFOND

Somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun periodo assicurativo, MEDCOVER presta la garanzia.

NUCLEO FAMILIARE

Per nucleo familiare del Socio Individuale si intende quello composto da:

- coniuge,
- convivente more uxorio (anche dello stesso sesso),
- figli fiscalmente a carico
tutti conviventi con il Socio Individuale, come risultanti dal certificato anagrafico "stato di famiglia".

Sono equiparati ai figli i soggetti in affidamento temporaneo preadottivo con espresso provvedimento di assegnazione diretta da parte del Giudice Tutelare.

Non è possibile estendere la copertura a singoli componenti del *nucleo familiare*, ferma la non operatività della copertura nei confronti dei componenti del nucleo che risultino non assicurabili ai sensi del presente contratto.

PARTI

- Il *Contraente* e MEDCOVER .

PIANO SANITARIO

- Insieme dei documenti che comprovano il contratto e definiscono le prestazioni.

PATOLOGIA PREGRESSA

Situazione patologica diagnosticata che abbia o meno reso necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima della data di sottoscrizione del modulo di adesione a MEDCOVER .

PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE

Le prestazioni effettuate al di fuori dei ricoveri con o senza intervento chirurgico e degli interventi Ambulatoriali.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Le prestazioni relative al Ricovero con o senza intervento chirurgico o relative all'Intervento Ambulatoriale, effettuate presso Strutture pubbliche o private.

QUOTA A CARICO

- Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa o in percentuale sull'ammontare del danno, che rimane a carico del Socio.

- **QUOTA A CARICO DEL SOCIO**

- Parte di spesa dell'evento indennizzabile, espressa in importo fisso e/o in percentuale sull'ammontare complessivo, che rimane a carico del Socio.

RESIDENZA

- Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui il Socio ha stabilito la dimora abituale.

RICOVERO

- Permanenza in *struttura sanitaria* con pernottamento o in *day hospital/day surgery*.

- **RICOVERO – DEGENZA**

- Permanenza in struttura sanitaria con pernottamento o in day hospital / day surgery

- **SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (S.D.O.)**

- Il documento utilizzato nelle Strutture Sanitarie per certificare il ricovero, parte integrante della cartella clinica, riportante in sintesi le informazioni mediche necessarie per descrivere il ricovero, compreso l'onere della degenza.

- **SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.)**

- Il complesso di funzioni, strutture, servizi e attività garantiti ai cittadini per il mantenimento e il recupero della salute da parte dello Stato Italiano e dagli Stati Esteri aderenti alla rete TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia), il cui elenco è visibile al sito web www.salute.gov.it.

SINISTRO

- Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è richiesto l'*indennizzo/sussidio*.

SOCIO ORDINARIO

- La persona protetta dal Piano Sanitario.

- **SOCIO SOSTENITORE**

- Società presso la quale è stata sottoscritta l'adesione a MEDCOVER .

STRUTTURE SANITARIE / CENTRI SANITARI

Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie anche in regime di degenza diurna.

Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le strutture di convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, le Residenze Sanitarie Assistenziali, i centri del benessere.

SUB MASSIMALE

Importo massimo per specifiche prestazioni messo a disposizione da MEDCOVER nel limite del plafond complessivo.

APPENDICE 1 – ELENCO DELLE *GRAVI PATOLOGIE*

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Malattia oncologica maligna o cancro	<p>Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti.</p> <p>Sono tuttavia escluse la leucemia linfatica cronica, i tumori cutanei basocellulari (basaliomi) e il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ).</p> <p>La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da specifica e circostanziata certificazione ospedaliera.</p>
Coronaropatia con necessità di <i>intervento chirurgico</i> o tecniche cardiologiche interventistiche	<p><i>Malattia</i> che determina <i>intervento chirurgico</i> al cuore per correggere il restringimento o il blocco di una o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di angina pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o esami diagnostici simili.</p>
Infarto del miocardio	<p>Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ripetuti dolori al torace; • cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto; • aumento degli enzimi cardiaci.
Steno-insufficienza delle valvole cardiache, aneurismi cardiaci, ferite o corpi estranei del cuore, tamponamento cardiaco, sostituzioni valvolari, pericardiectomia, con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	<p>La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti simili) e la necessità dell'<i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di <i>Pronto Soccorso</i>.</p>
Ictus cerebrale (colpo apoplettico)	<p>Accidente cerebro-vascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante dall'infarto e morte del tessuto cerebrale dovuta all'ostruzione di un vaso intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale. Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate e gli attacchi ischemici transitori (TIA) sono esclusi. La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da T.A.C. o R.M.N., EEG (elettroencefalogramma).</p>
Aneurismi o stenosi o rotture dell'aorta toracica o addominale o delle arterie renali o delle arterie endocraniche o della vena cava superiore o vena cava inferiore con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	<p>La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell'<i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.</p>
Pancreatite acuta	<p>Forma di pancreatite caratterizzata da necrosi, suppurazione, gangrena ed emorragia, con esordio improvviso caratterizzata da dolori addominali, nausea e vomito. La diagnosi deve essere</p>

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
	confermata dagli esami e da referto di T.A.C. o R.M.N..
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: <ul style="list-style-type: none"> • cuore • polmone • fegato • pancreas • rene 	La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.
Ustioni gravi	Ustioni di terzo grado dovute ad <i>infortunio</i> ed estese almeno al 40% della superficie corporea.
Sclerosi multipla o a placche	<i>Malattia</i> caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale. È richiesta una diagnosi di uno specialista neurologo che confermi chiari episodi deficitari neurologici con alterazioni della coordinazione motoria e/o sensoriale ed implicanti un punteggio "EDSS" maggiore di 5.
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	<i>Malattia</i> neurodegenerativa progressiva dei motoneuroni spinali o cerebrali. La diagnosi deve essere posta da parte di uno specialista neurologo di clinica o Istituto universitario di neurologia. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.
Distrofia muscolare	La distrofia muscolare si riferisce ad un gruppo di miopatie generiche degenerative caratterizzate da astenia ed atrofia del muscolo senza coinvolgimenti del sistema nervoso. I diversi tipi si distinguono a seconda dell'epoca di insorgenza, localizzazione e progressione della <i>malattia</i> . La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi.
Fratture vertebrali, delle ossa faciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti similari) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie epatiche che richiedono resezioni chirurgiche	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del pancreas che richiedono <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del Sistema Nervoso Centrale	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
che richiedono craniotomia	per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N.
Epatite acuta con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Tumori benigni polmonari con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del timo che richiedono <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: <ul style="list-style-type: none"> • emo-trasfusioni periodiche; • terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; • trapianto di midollo osseo. La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da <i>infortunio</i> o <i>malattia</i> . La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.
Coma irreversibile	Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
	comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da <i>cartella clinica</i> completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
Ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso ricovero in Unità Coronarica)	<i>Infortuni</i> , gravi malori improvvisi che necessitano di <i>ricovero</i> in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.