NOMENCLATORE

PIANO SANITARIO PERSONALE DELLA MARINA MILITARE CESSATO DALL'AUSILIARIA, IN RISERVA O IN CONGEDO ASSOLUTO

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

A. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E MASSIMALE ASSICURATO

Le prestazioni di cui al presente disciplinare sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 100.000,00 (fermo restando eventualmente previsto al punto successivo, ove per limite di assistenza per nucleo familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

Nel caso in cui gli Assistiti vengano inclusi nell'assistenza in data successiva (ad esempio: matrimonio, nuovi nati ecc.) opera il limite assistenziale annuo previsto per il nucleo.

B. GARANZIE

A - PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI STITUTI O CASE DI CURA

La Società rimborsa:

1) In caso di grande intervento chirurgico (quale compreso nell'allegato elenco), le seguenti prestazioni:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi, necessari al recupero dell'autonomia dell'assistito;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i grandi interventi effettuati in convenzione diretta);
- accertamenti diagnostici e prestazioni mediche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 60 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 60 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.

- in caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato. Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la Società provvederà a rimborsare all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 100% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

2) La Società rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:
- compensi a squadre di soccorso per trasporto all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario, con un massimo di € 1.100,00 per evento;
- il vitto ed il pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 110,00 e con un massimo di 30 giorni per anno/nucleo;
- trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore con il massimo di € 2.100,00 per evento.

B - SCOPERTO

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punto 1) prevede:

- **Interventi effettuati in totale regime di convenzione diretta (sia struttura sanitaria che équipe medica)**

  lett. A punto 1: applicazione di uno scoperto del 15% con un minimo di € 750,00 ed un massimo di € 2.750,00 per ricovero.

  Nessun limite di importo giornaliero viene applicato, ove previsto, per le rette di degenza.

- **Interventi effettuati non in convenzione diretta**

  lett. A punto 1: applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di € 1.250,00 ed un massimo di € 2.750,00 per ricovero.

  Applicazione di un limite di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza.

  Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punto 2) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

Si precisa che lo scoperto per le spese pre e post di un ricovero seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero.

C - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se tutte le spese di cui al precedente art. 5 lett. A punto 1 sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponderà un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) pari a: € 80,00 giornalieri con un limite di 300 giorni anno/nucleo, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso, salvo i casi in cui il paziente sia stato già assegnato al reparto di competenza e debba attende in pronto soccorso la disponibilità del posto letto. In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del S.S.N. e nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'assistito infermo, la Società rimborserà il maggiore importo risultante tra il conteggio della diaria giornaliera ed il rimborso delle altre spese sostenute come dalle prestazioni al precedente lett. A punto 1.

D - TRASPORTO DEL DEFUNTO

La Società rimborsa le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'assistito infermo a seguito di ricovero in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico. Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione. Le spese di cui sopra vengono accordate con un limite di € 1.550,00 anno/pro-capite.

E - ALWAYSalute

La Società garantisce agli Assistiti la possibilità di eseguire 1 visita specialistica al mese (anche di controllo) in una qualsiasi delle specializzazioni messe a disposizione presso i Centri Autorizzati Previmedical aderenti all'iniziativa.
Le visite specialistiche possono essere effettuate 1 volta al mese per nucleo familiare (solo per un componente del nucleo) e 1 volta all'anno per specializzazione a nucleo familiare (solo per un componente del nucleo).
Per l'attivazione della garanzia NON sarà richiesta alcuna prescrizione medica.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

La presente prestazione è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga dei Centri Autorizzati Previmedical aderenti all'iniziativa.
Per i dettagli e la procedura da seguire: www.alwaysalute.it

C. DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

C.1 Delimitazioni e termini di carenza

L'assistenza è operante, indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assistiti, dal 1° giorno successivo a quello di sottoscrizione della domanda di iscrizione per le malattie e gli infortuni.
Fatta eccezione per l'Assistito e gli Assistiti già assicurati con copertura analoga al 01/04/2016, l'intervento della Società dalla data di decorrenza delle prestazioni, non è operante per le conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici diagnosticati o curati antecedentemente alla data di decorrenza dell'assistenza ed è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni di:

- *180 giorni per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.*

AVVERTENZA: Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), di altra polizza, stipulata con la Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assistito e le stesse garanzie, i termini di carenza riportati operano:
- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

C.2 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

1) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
2) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
3) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
4) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
5) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
6) le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
8) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali (elencate nel Settore V della 10 versione dell'International Classification of Diseases (ICD-10) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità);
9) interruzione volontaria della gravidanza;

10) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il secondo anno di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;
11) le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale), salvo quanto previsto alla garanzia "Cure Dentarie", se prevista in polizza;
12) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, salvo quanto previsto all'art. 16;
13) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
14) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
15) Ricoveri in lungodegenza;
16) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
18) gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
19) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
20) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
21) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
22) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
23) ricoveri impropri;
24) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza, senza soluzione di continuità con RBM Salute, nonché le relative conseguenze e complicanze.
25) le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Allegato 1: Grandi Interventi Chirurgici

STOMACO-DUODENO
- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

INTESTINO
- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfoadenectomia.

RETTO ANO
- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

ERNIE
- Intervento iatale con tundoplicatio.

FEGATO E VIE BILIARI
- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

PANCREAS-MILZA
- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
- enucleazione delle cisti
- marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
  a) totale o della testa
  b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.

- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

SIMPATICO E VAGO
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splacnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

CRANIO
(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

COLLO
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

TORACE
- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA TORACICA
- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.

- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

ESOFAGO
(Vedi anche otorinolaringoiatria).
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

CHIRURGIA PEDIATRICA
- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogenea e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresiacongenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
  a) resezione con reimpianto
  b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ARTICOLAZIONI
- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.

UROLOGIA
- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.

- Nefro-ureterectomia totale.
- Surrenelectomia.

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia.

GINECOLOGIA

- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso
- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe
- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

Oculistica
- Iridocicloterazione da glaucoma.

Orecchio
- Antro-atticotomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.