

NOMENCLATORE

PIANO SANITARIO PERSONALE DEL MINISTERO DELLA DIFESA IN SERVIZIO ED IN AUSILIARIA

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.

PIANO BASE

A. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E MASSIMALE ASSICURATO

Le prestazioni di cui al presente disciplinare sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 150.000,00, fermo restando quanto eventualmente previsto dal 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. Tale somma si intenderà raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'allegato elenco).

Anche nel caso in cui il familiare venga incluso nell'assistenza in data successiva (matrimonio e nuovi nati) opera il massimale dell'anno assistenziale previsto per il nucleo.

B. GARANZIE

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

La Società rimborsa:

- 1) In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura, in ambulatorio od in regime di Day Hospital:**
 - 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;
 - 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 (con il limite di € 250,00 giornalieri e di € 500,00 in caso di terapia intensiva **per i ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la Società**);
 - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 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 90gg. 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.
 - In caso di parto cesareo o aborto terapeutico entro il limite assistenziale di € 5.000,00 per anno/nucleo
- 2) In caso di parto non cesareo** con il limite assistenziale di € 2.200,00 per anno/nucleo:
- rette di degenza (con il limite di € 250,00 giornalieri **per i ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la Società**);
 - accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero.

La Società rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:

- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite assistenziale giornaliero di € 55,00 e con un massimo di 30gg;
- compensi a squadre di soccorso per trasporto all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario, con il limite assistenziale di € 520,00 anno/nucleo per il trasporto in Italia, e di € 1.035,00 anno/nucleo per il trasporto avvenuto all'estero;
- trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore con il limite assistenziale di € 1.035,00 per evento.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde - su domanda dell'Assistito - l'importo richiesto a tale titolo entro il 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

B - SCOPERTO

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punti 1) e 2) verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto pari al 20% con il minimo di € 1.000,00 per ricovero.

Qualora le prestazioni di cui alla lett. A punti 1) e 2) siano state effettuate in totale regime di convenzione diretta (sia struttura sanitaria che équipe medica), non verrà applicato alcuno scoperto e non verrà applicata la limitazione per le rette di degenza.

Si precisa che lo scoperto per le spese pre e post di un ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale 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/day-hospital/intervento ambulatoriale.

C - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se tutte le spese di cui alla precedente lett. A (relative al solo ricovero) sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) pari a € 150,00 giornalieri con un massimo di 200 giorni per 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 attendere in pronto soccorso la disponibilità del posto letto.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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 alla precedente lett. A.

D – DAY HOSPITAL PER CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa, con il limite assistenziale di € 5.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- visite specialistiche;
- terapie irradianti
- chemioterapia.

Le prestazioni i cui alla presente lettera D vengono accordate senza applicazione di alcuno scoperto.

E- VISITE SPECIALISTICHE

La Società rimborsa, con il limite assistenziale di € 250,00 anno/nucleo, i ticket sanitari a carico dell'Assistito effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per visite specialistiche.

Il rimborso delle spese verrà effettuato previa deduzione di una franchigia di € 10,00 per Ticket.

F - CURE DENTARIE

La Società rimborsa una visita ed una ablazione del tartaro per ciascun componente del nucleo familiare.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale in convenzione diretta con la Società

Il rimborso delle spese verrà effettuato senza applicazione di nessuna franchigia o scoperto.

G - WEEK-END IN SALUTE

La Società inoltre garantisce agli Assistiti per due week end al mese (preferenzialmente nella giornata di Sabato) la possibilità di eseguire in regime di assistenza diretta un numero massimo di 2 visite specialistiche di controllo al mese presso i Centri Autorizzati Previmedical.

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.

Carenza: Nessuna

Franchigia/Scoperto: Nessuna

Massimale: Nessuno

PIANO PLUS

C. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E MASSIMALE ASSICURATO

Le prestazioni di cui al presente disciplinare sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 150.000,00, fermo restando quanto eventualmente previsto dal 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. Tale somma si intenderà raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'allegato elenco).

Anche nel caso in cui il familiare venga incluso nell'assistenza in data successiva (matrimonio e nuovi nati) opera il massimale dell'anno assistenziale previsto per il nucleo.

D. GARANZIE

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

La Società rimborsa:

- 1) **In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura, in ambulatorio od in regime di Day Hospital:**
 - 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;
 - 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 (con il limite di € 250,00 giornalieri e di € 500,00 in caso di terapia intensiva **per i ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la Società**);
 - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 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 100gg. 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.
 - In caso di parto cesareo o aborto terapeutico entro il limite assistenziale di € 5.000,00 per anno/nucleo

- 2) **In caso di parto non cesareo** con il limite assistenziale di € 4.000,00 per anno/nucleo:
- rette di degenza (con il limite di € 250,00 giornalieri **per i ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la Società**);
 - accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero.
- 3) **In caso di interventi chirurgici finalizzati alla correzione dei vizi di rifrazione** (quali ad esempio miopia, presbiopia, ipermetropia, astigmatismo, effettuati con le metodiche laser ed altro fino ad ora utilizzate per la correzione di tali vizi) fino ad un massimo di Euro 1.000,00 per anno/nucleo ed esclusivamente:
- a) in caso di anisometropia superiore a tre diottrie (presente prima della correzione laser di uno degli occhi);
 - b) in caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio.

La Società rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:

- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite assistenziale giornaliero di € 55,00 e con un massimo di 30gg;
- compensi a squadre di soccorso per trasporto all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario, con il limite assistenziale di € 520,00 anno/nucleo per il trasporto in Italia, e di € 1.035,00 anno/nucleo per il trasporto avvenuto all'estero;
- trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore con il limite assistenziale di € 1.035,00 per evento.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde - su domanda dell'Assistito - l'importo richiesto a tale titolo entro il 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

B - SCOPERTO

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punti 1), 2) e 3) verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto pari al 20% con il minimo di € 1.000,00 per ricovero.

Qualora le prestazioni di cui alla lett. A punti 1), 2) e 3) siano state effettuate in totale regime di convenzione diretta (sia struttura sanitaria che èquipe medica), non verrà applicato alcuno scoperto e non verrà applicata la limitazione per le rette di degenza.

Si precisa che lo scoperto per le spese pre e post di un ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale 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/day-hospital/intervento ambulatoriale.

C - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se tutte le spese di cui alla precedente lett. A (relative al solo ricovero) sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) pari a € 150,00

giornalieri con un massimo di 200 giorni per 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 attendere in pronto soccorso la disponibilità del posto letto.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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 alla precedente lett. A.

D - CURE ONCOLOGICHE (anche in regime extraricovero)

La Società rimborsa, con il limite assistenziale di € 5.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- visite specialistiche;
- terapie irradianti
- chemioterapia.

Le prestazioni i cui alla presente lettera D vengono accordate senza applicazione di alcuno scoperto.

E – ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborsa, con il limite assistenziale di € 5.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute per:

1) Alta Diagnostica

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- Risonanza magnetica nucleare;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);
- Medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.);
- Coronarografia;
- Ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.);
- Elettrocardiogramma sotto sforzo;
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale);
- Esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Retto-Colonscopia, Broncoscopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) anche se comprendenti biopsia;
- Esami Istologici;
- Amniocentesi e Villocentesi (in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età).

2) Diagnostica Strumentale Standard

- Diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.);
- Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli);
- Elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa;
- Elettroencefalografia;
- Elettromiografia;
- Uroflussometria;

- M.O.C. (densitometria ossea).

Il rimborso delle spese di cui ai precedenti punti 1) e 2) verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto pari al 20% con il minimo di € 55,00 per prestazione.

Qualora le prestazioni di cui ai precedenti punti 1) e 2) siano state effettuate in totale regime di convenzione diretta, verrà applicata una franchigia di € 35,00 per prestazione

F- VISITE SPECIALISTICHE

La Società rimborsa, con il limite assistenziale di € 250,00 anno/nucleo, i ticket sanitari a carico dell'Assistito effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per visite specialistiche.

Il rimborso delle spese verrà effettuato previa deduzione di una franchigia di € 10,00 per Ticket.

G - CURE DENTARIE

La Società rimborsa una visita ed una ablazione del tartaro per ciascun componente del nucleo familiare.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale in convenzione diretta con la Società

Il rimborso delle spese verrà effettuato senza applicazione di nessuna franchigia o scoperto

H – PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

1) PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate una volta all'anno e in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assistito di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calcolrischio.asp>).

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

2) PREVENZIONE ONCOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini di età pari o superiore ai 45 anni (1 volta ogni 2 anni)

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni (1 volta ogni 2 anni)

- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

3) PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assistito dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area iscritti" della Società accessibile tramite username e password sul sito www.rbmsalute.it.

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b) nel caso in cui l'Assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc e si inviterà l'Assistito a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in regime di assistenza diretta da effettuarsi una volta all'anno e nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in

strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:
colesterolo HDL
colesterolo totale
glicemia
trigliceridi

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati una volta sola.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

I - WEEK-END IN SALUTE

La Società inoltre garantisce agli Assistiti per due week end al mese (preferenzialmente nella giornata di Sabato) la possibilità di eseguire in regime di assistenza diretta un numero massimo di 2 visite specialistiche di controllo al mese presso i Centri Autorizzati Previmedical.

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.

Carenza: Nessuna

Franchigia/Scoperto: Nessuna

Massimale: Nessuno

E. DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

E.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 01/04/2015, 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:

- 270 giorni per il parto;
- 90 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.

E.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 idrosci, 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.

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 linfadenectomia.

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 tonduplicatio.

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 splancnici.
- 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 parotide 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 enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita 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.
- Emipelvectomy.
- 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 linfadenectomia.

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.