



**MEDI-PREV**

Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

**PIANO SANITARIO  
TERZIARIO  
COMMERCIO  
PUBBLICI ESERCIZI  
TURISMO**



# Medi-Prev

Fondo Sanitario  
Integrativo



# INDICE

|                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. AREA MATERNITÀ.....                                                                             | 4  |
| 2. TICKET SSN PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO.....                                  | 7  |
| 3. PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA.....                                                                 | 9  |
| 3.1. VISITE SPECIALISTICHE .....                                                                   | 13 |
| 4. CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E DIALISI .....                                                     | 14 |
| 5. LENTI E OCCHIALI .....                                                                          | 16 |
| 6. FISIOTERAPIA .....                                                                              | 18 |
| 7. PACCHETTI DI RIABILITAZIONE E CONTROLLO .....                                                   | 23 |
| 8. AGOPUNTURA MANU MEDICA .....                                                                    | 27 |
| 9. AREA RICOVERO .....                                                                             | 29 |
| 10. PRESIDI E AUSILI MEDICO ORTOPEDICI .....                                                       | 37 |
| 11. AREA ODONTOIATRICA .....                                                                       | 40 |
| 12. AREA PREVENZIONE .....                                                                         | 44 |
| 13. PRESTAZIONI A SOSTEGNO DI SOGGETTI CHE VERSANO IN CONDIZIONI DI<br>INVALIDITÀ PERMANENTE ..... | 47 |
| ESCLUSIONE DAL PIANO .....                                                                         | 50 |
| REGOLAMENTO CONTRIBUTI .....                                                                       | 52 |
| PRECISAZIONI .....                                                                                 | 53 |
| ALLEGATO A (ELENCO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI) .....                                              | 54 |
| ALLEGATO B (GRAVI EVENTI MORBOSI) .....                                                            | 57 |







## 1. AREA MATERNITÀ

Medi-Prev provvede al rimborso delle spese sostenute dalle proprie Iscritte in gravidanza.

È previsto il rimborso di tutte le visite/controlli ostetrico ginecologici effettuati/e sia in strutture pubbliche che private.

Sono comprese nella garanzia:

- Ecografie ostetriche;
- Analisi di laboratorio clinico;
- Accertamenti specialistici finalizzati al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto;
- Indagini genetiche e indennità di parto;
- Visite di controllo ostetrico ginecologiche;
- Controlli ostetrici;
- Visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore.

### VISITE DI CONTROLLO

È previsto il rimborso delle visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate durante la gravidanza da medici specializzati in ostetricia e ginecologia, dei controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica/o iscritto all'apposito albo professionale, di una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore, nel numero massimo complessivo di quattro visite/controlli per gravidanza (sei per gravidanza a rischio). Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici dai quali si evinca la tale circostanza.

### ECOGRAFIE

È previsto il rimborso di tutte le ecografie ostetriche effettuate nelle strutture pubbliche o private.

## ANALISI CLINICO CHIMICHE E INDAGINI GENETICHE

È previsto il rimborso delle spese sostenute per analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche), indagini genetiche (amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale, test sul DNA fetale, ecc.) ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto, riconosciuto dal Ministero della Salute.

### INDENNITÀ DI PARTO

In occasione del parto effettuato in strutture pubbliche o private, naturale o cesareo, è prevista un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 notti. L'Indennità è erogata con gli stessi criteri anche in caso di ricovero per aborto spontaneo o aborto terapeutico.

#### Per il rimborso:

I documenti di spesa devono essere emessi nel periodo di gravidanza. La richiesta dovrà essere inviata con tutta la documentazione a evento avvenuto.

Per la richiesta di rimborso sarà necessario presentare:

- copia della **documentazione di spesa** (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata;
- **certificato attestante lo stato di gravidanza**, con indicazione della data dell'ultima mestruazione e la data presunta del parto.
- Per l'indennità del parto, l'Iscriita dovrà inoltre presentare copia della Scheda di Dimissione Ospedaliera (**SDO**), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto o per aborto spontaneo o terapeutico,
- Nel caso di gravidanza a rischio, è necessario allegare copia del **certificato medico** da quale si evinca la patologia per la quale la gravidanza è ritenuta a rischio.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di un anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata (1 anno dalla data di dimissioni dal ricovero per l'indennità di parto).

**Massimale:**

**€ 1.000,00** per evento





## TICKET SSN PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Medi-Prev rimborsa i Ticket del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso.

Sono compresi in copertura tutti quegli accertamenti Diagnostici non indicati nel Paragrafo 3.1. "Alta Specializzazione".

Non rientrano, comunque, gli accertamenti diagnostici di natura odontoiatrica.

Alcuni esempi di prestazioni che rientrano in copertura:

- Esami del sangue (tutte);
- Prelievi Microbiologici (pap-test);
- Elettrocardiogramma (anche sotto sforzo).

### Per il rimborso:

L'iscritto può avvalersi delle strutture SSN (Servizio Sanitario Nazionale), sostenere la prestazione e successivamente richiederne il rimborso seguendo le modalità indicato sul sito [www.medi-prev.it](http://www.medi-prev.it).

Per la richiesta di rimborso è sarà necessario presentare la seguente documentazione:

- la **fattura, ricevuta o scontrino** di pagamento del Ticket del SSN che deve riportare il nome e cognome dell'iscritto, il codice fiscale, la ragione sociale e la partita IVA della struttura sanitaria, il tipo di prestazione e l'importo pagato.
- Se vi sono più Ticket da rimborsare, anche di giorni diversi, è possibile presentare un'unica domanda di rimborso. Nella stessa domanda è necessario allegare tutte le ricevute dei Tickets.
- Copia della **prescrizione medica** con l'indicazione della patologia o il quesito diagnostico che ha reso necessaria la prestazione stessa, ad eccezione dei ticket di Pronto Soccorso per i quali non è prevista la prescrizione. In quest'ultima ipotesi dovrà comunque essere allegata la relativa documentazione.

Il Fondo rimborsa i ticket sanitari salvo l'applicazione di una **franchigia di € 5,00** su ogni ticket ammesso a rimborso.

**Massimale annuo: € 500,00**







## 3. PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA

### 3.1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Medi-Prev provvede al rimborso delle spese per gli accertamenti diagnostici di seguito elencati, conseguenti a patologia, con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Le prestazioni comprese nell'area Alta Specializzazione - Diagnostica sono:

#### **RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO):**

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (mono e/o bilaterale) - per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica ma non la patologia
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di qualsiasi altro organo o apparato
- RX esofago
- RX esofago esame diretto
- RX tenue seriato
- RX tubo digerente
- RX tubo digerente prime vie
- RX tubo digerente seconde vie

#### **RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO):**

- Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Cavernosografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturetrografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia



- Defecografia
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografiae/osonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia
- Linfografia
- RX esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- RX piccolo intestino con doppio contrasto
- RX stomaco con doppio contrasto
- RX tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- RX tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

#### **ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (Ecografie):**

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore
- Ecografia muscolo tendinea
- Ecografia parti molli
- Ecografia tiroidea
- Ecografia transrettale
- Ecografia oculare
- Ecografia cardiaca

#### **ECOCOLORDOPPLERGRAFIA**

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

## **TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)**

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

## **RISONANZA MAGNETICA (RM)**

- Cine RM Cuore
- Angio RM con contrasto
- RMN con e senza mezzo di contrasto

## **PET**

- Tomografia ad emissione di positroni (PET) per organo distretto-apparato.

## **SCINTIGRAFIA**

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Tomoscintigrafia (SPET) cerebrale

## **DIAGNOSTICA STRUMENTALE**

- Campimetria
- ECG dinamico con dispositivi analogici (Holter)
- ECG dinamico con event recorder esterno
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (EEC) con privazione del sonno
- Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore
- Elettromiografia
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
- PHmetria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

## **BIOPSIE**

- Tutte



## ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE ED OPERATIVE

- Cistoscopia
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia
- Rettoscopia
- Rettosigmoidoscopia
- Tracheobroncoscopia

Nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, il Fondo garantirà la copertura sia dell'endoscopia diagnostica che dell'atto operatorio.

## VARIE

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

### Per il rimborso:

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la seguente documentazione:

- copia della **prescrizione del medico** con l'indicazione della patologia presunta o accertata;
- copia del **documento di spesa** (fattura/scontrino/ticket) con indicazione della prestazione sostenuta.

Le prestazioni sono rimborsabili se eseguite presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o strutture convenzionate Medi-Prev. Laddove nella regione di residenza e/o domicilio non siano presenti strutture convenzionate, l'iscritto potrà avvalersi di strutture non convenzionate entro ciascun massimale previsto dal Piano.

In caso di utilizzo di strutture private convenzionate Medi-Prev, il rimborso delle spese sostenute dall'iscritto avviene con una franchigia di **€ 35,00 per ogni prestazione**.

In caso di utilizzo di strutture del SSN, il rimborso è previsto con l'applicazione di una **franchigia di € 5,00** su ogni ticket ammesso a rimborso.



**Massimale annuo: € 6.000,00**

## 3.2. VISITE SPECIALISTICHE

Medi-Prev provvede al rimborso delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia e/o infortunio con l'esclusione delle visite e degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

### Per il rimborso:

Per l'attivazione della garanzia è necessario presentare:

- copia della **prescrizione medica** contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
- copia dei **documenti di spesa** (fatture o ricevute) con l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata e il dettaglio delle prestazioni effettuate.

Le prestazioni sono rimborsabili se eseguite presso strutture del SSN o strutture convenzionate Medi-Prev. Laddove nella regione di residenza e/o domicilio non siano presenti strutture convenzionate, l'Iscritto potrà avvalersi di strutture non convenzionate entro ciascun massimale previsto.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate Medi-Prev il rimborso delle spese sostenute è previsto con l'applicazione di una **franchigia di € 20,00** per ogni prestazione.

In caso di utilizzo di strutture del SSN, il rimborso è previsto con l'applicazione di una **franchigia di € 5,00** su ogni ticket ammesso a rimborso.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di un anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.



**Massimale annuo: € 700,00**

## 4. CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E DIALISI

Il Fondo rimborsa integralmente entro il massimale annuo le spese per:

- Chemioterapia;
- Radioterapia;
- Dialisi.

In tali aree rientreranno tutte le voci di terapia, le prestazioni dell'equipe medica oncologica e ogni prestazione direttamente correlata alla somministrazione della terapia medesima. Inoltre, rientreranno i farmaci chemioterapici antineoplastici autorizzati alla vendita in Italia, rimborsabili nel rispetto del limite del massimale d'area.

### Per il rimborso:

Per l'attivazione della garanzia è necessario presentare:

- copia della **certificazione medica** attestante la patologia per la quale viene effettuata la terapia;
- Copia della **prescrizione medica della terapia**, con l'indicazione del numero di sedute;
- Copia del **documento di spesa**, indicante le singole voci di dettaglio.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di un anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.



**Massimale annuo: € 6.000,00**





5.

Medi-Prev provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali per difetti visivi sia da vicino che da lontano.

Il rimborso viene concesso ogni 36 (trentasei) mesi, su una singola fattura per lenti o occhiali. È possibile richiedere un nuovo rimborso solo dopo il 37esimo mese dalla data del precedente documento di spesa.

Il rimborso potrà essere concesso prima che siano trascorsi 36 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata dal Fondo, nel caso in cui l'oculista (o l'ottico in caso di variazione del visus per difetto isolato da vicino) certifichi una variazione di almeno 1,5 diottrie sferiche o cilindriche su un singolo occhio, per qualsiasi tipo di patologia.

In tal caso, il Fondo concederà il rimborso, sempre che siano trascorsi almeno 12 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata.

Le altre tipologie di spesa, ad esempio le montature, non sono rimborsabili. Non saranno ammessi a rimborso occhiali e/o lenti per finalità estetiche.

### Per il rimborso:

- Copia della **prescrizione dell'oculista** attestante le diottrie sferiche e/o cilindriche mancanti. La prescrizione dell'ottico sarà accettata solo in caso di difetto visivo isolato da vicino;
- Dalla seconda richiesta di rimborso è possibile allegare la prescrizione delle lenti rilasciata dall'oculista con l'indicazione della modifica del visus.

Tra la data di rilascio della prescrizione o della certificazione e quella di acquisto delle lenti non devono essere trascorsi più di 24 mesi.

- **Documento di spesa:** fattura o scontrino con nome, cognome e codice fiscale dell'Iscritto e il dettaglio degli importi pagati. Non si accettano fatture o scontrini contenenti diciture generiche del tipo: "Occhiale da vista completo di lenti".

L'acquisto delle lenti, anche multiplo, deve essere contenuto in un **unico documento di spesa**. Se vengono presentate più fatture ne rimborsiamo una sola, quella con l'importo più alto.

! Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura, ricevuta o scontrino parlante, purché in quella data l'Iscritto sia in regolare copertura.

**Massimale: € 90,00** ogni tre anni







## 6. FISIOTERAPIA

Medi-Prev provvede al rimborso delle spese per i trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi nei casi di seguito indicati, sempre che siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

### a) Infortunio certificato da Pronto Soccorso

La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette dell'infortunio. L'infortunio dovrà essere certificato entro le 48 ore dall'evento traumatico da Pronto Soccorso di ospedale o istituzione sanitaria organizzata che abbia effettuato il primo soccorso (es. clinica, casa di cura, ospedale privato).

### b) Particolari patologie:

Medi-Prev rimborsa le spese per fisioterapia riabilitativa a seguito di particolari patologie emerse successivamente alla data di inizio copertura del Piano Sanitario:

- Ictus cerebrale: la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia.
- Neoplasie: la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia.
- Forme degenerative encefaliche o midollari: la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia.
- Protrusione ed ernie discali certificate dal referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC): la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia. Ai fini del rimborso, dovrà essere presentata copia del referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC).

In caso di soluzione chirurgica vertebrale per ernia discale, la fisioterapia sarà concessa per un massimo di 6 mesi dall'evento chirurgico.

Non rientrano in copertura le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici, in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano. Inoltre, non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi.

Nel caso in cui l'assistito si avvallesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari nei limiti del massimale previsto.

Le aree terapeutiche di fisioterapia utilizzate nel caso di rieducazione funzionale e riabilitazione per traumatismi o patologie ammesse a rimborso sono:

#### **PRESTAZIONI DI ELETTROTHERAPIA**

#### **COSTO PER SEDUTA**

|                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| Diadinamica                      | € 8,00  |
| Diatermia                        | € 8,00  |
| Diatermoterapia                  | € 8,00  |
| Elettrosonoterapia               | € 8,00  |
| Elettrostimolazioni esponenziali | € 8,00  |
| Elettroterapia                   | € 10,00 |
| Ionoforesi                       | € 10,00 |
| Terapia antalgica transcutanea   | € 8,00  |

#### **PRESTAZIONI DI IDROTHERAPIA**

#### **COSTO PER SEDUTA**

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| Bagnoterapia                | € 13,00 |
| Crenoterapia                | € 13,00 |
| Ginnastica vascolare idrica | € 9,00  |
| Idrochinesiterapia          | € 13,00 |
| Idrogalvanoterapia          | € 8,00  |
| Idromassoterapia            | € 8,00  |

#### **PRESTAZIONI DI MASSOTERAPIA**

#### **COSTO PER SEDUTA**

|                                                 |         |
|-------------------------------------------------|---------|
| Drenaggio linfatico manuale                     | € 15,00 |
| Massaggio riflessogeno                          | € 13,00 |
| Massaggio strumentale                           | € 8,00  |
| Massaggio terapeutico tradizionale              | € 8,00  |
| Massoterapia segmentaria per qualunque segmento | € 19,00 |

#### **PRESTAZIONI DI SONOTERAPIA**

#### **COSTO PER SEDUTA**

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| Ultrasuoni a contatto    | € 10,00 |
| Ultrasuoni ad immersione | € 8,00  |

#### **PRESTAZIONI DI TECARTERAPIA**

#### **COSTO PER SEDUTA**

|              |         |
|--------------|---------|
| Tecarterapia | € 26,00 |
|--------------|---------|

## PRESTAZIONI DI TERMOTERAPIA

Crioterapia  
Fangoterapia  
Ipertermia

## COSTO PER SEDUTA

€ 7,00  
€ 9,00  
€ 31,00

## PRESTAZIONI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE E CHINESITERAPIA

Chinesiterapia individuale (ogni tipo)  
Ginnastica correttiva  
Ginnastica medica (non a scopo estetico)  
Ginnastica propriocettiva  
Ginnastica respiratoria  
Ginnastica segmentaria  
Riabilitazione post-operatoria  
Riabilitazione post-traumatica  
Rieducazione neuromotoria  
Riabilitazione del pavimento pelvico

## COSTO PER SEDUTA

€ 23,00  
€ 11,00  
€ 16,00  
€ 8,00  
€ 11,00  
€ 11,00  
€ 11,00  
€ 11,00  
€ 21,00  
€ 30,00

## PRESTAZIONI DI VERTEBROTERAPIA MANU MEDICA

(effettuata da medico chirurgo)

Correzione incruenta del disallineamento vertebrale  
Manipolazioni vertebrali  
Trazioni vertebrali cervicali  
Trazioni vertebrali lombosacrali  
Trazioni vertebrali meccaniche

## COSTO PER SEDUTA

€ 18,00  
€ 21,00  
€ 11,00  
€ 11,00  
€ 11,00

## VARIE

Fitoterapia  
Laserterapia

## COSTO PER SEDUTA

€ 6,50  
€ 22,00

### Per il rimborso:

Per richiedere il rimborso delle spese sostenute per i trattamenti fisioterapici, è necessario presentare la seguente documentazione:

- In caso di infortunio accertato dal Pronto Soccorso o da struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso, copia della **certificazione del Pronto Soccorso** attestante l'infortunio; nel caso di particolari patologie, copia della **certificazione medica** attestante la natura della patologia, rilasciata dal medico di base o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata.



Per richiedere il rimborso delle spese sostenute per i trattamenti fisioterapici, è necessario presentare la seguente documentazione:

- Copia della **prescrizione medica** dettagliata rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie.
- Copia del **documento di spesa** valido ai fini fiscali, indicante il tipo di trattamento fisioterapico, il numero di sedute, il costo unitario per singola seduta e dal quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (massofisioterapista, infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633.

Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata.

Si ricorda che le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.



**Massimale annuo complessivo: € 500,00**







## 7.

## PACCHETTI DI RIABILITAZIONE E CONTROLLO

Medi-Prev mette a disposizione dei propri iscritti tre pacchetti di prestazioni finalizzate alla riabilitazione e al controllo per alcune patologie e stati fisiologici.

I pacchetti non sono cumulabili.

Per ogni anno civile l'iscritto ha la possibilità di attivare uno solo dei tre pacchetti e può effettuare esclusivamente e nei limiti indicati dal presente Piano, le prestazioni previste per il pacchetto prescelto.

### **Non rientrano in garanzia:**

Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano.

Inoltre, non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesologi, osteopati e posturologi.

In caso di risoluzione chirurgica, la fisioterapia sarà concessa per un massimo di 6 mesi dall'evento chirurgico.

### **Pacchetto 1: Riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore**

Il pacchetto è attivabile esclusivamente per le seguenti patologie:

- sindrome del tunnel carpale
- sindrome del canale di Guyon (ultimo tratto del nervo ulnare)
- sindrome del tunnel tarsale
- dito a scatto (tendinite della mano)
- sindrome di De Quervain (tenosinovite stenosante)
- capsulite adesiva
- lesione/infiammazione della cuffia dei rotatori
- tendinite del sovra spinoso
- borsite della spalla
- artrite/Periartrite scapolo omerale o spalla
- sindrome di Morton/metatarsalgia
- varici Arti Inferiori



Attivando il pacchetto Riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore si potrà ottenere il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta previsto per ciascuna prestazione:

## **PRESTAZIONI**

## **COSTO MASSIMO PER SEDUTA**

|                                   |         |
|-----------------------------------|---------|
| Massoterapia individualizzata     | € 19,00 |
| Luce infrarossa                   | € 8,00  |
| Ultrasuoni                        | € 10,00 |
| Magnetoterapia                    | € 12,00 |
| Laser Terapia                     | € 22,00 |
| Tecarterapia                      | € 26,00 |
| Ipertermia                        | € 31,00 |
| Drenaggio linfatico manuale (DML) | € 15,00 |
| Bendaggio elastico                | € 15,00 |

Certificazioni attestanti la patologia rilasciate prima di tre mesi rispetto all'inizio del piano di cura non saranno accettate.

### **Pacchetto 2: Riabilitazione Post Partum**

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di parto attestato da certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza.

Attivando il pacchetto "Riabilitazione Post Partum", si potrà ottenere il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta di ciascuna prestazione e purché le prestazioni siano effettuate entro 6 mesi dalla data del parto:

- Ginnastica Post Partum con un costo massimo per seduta di € 11,00;
- Riabilitazione del pavimento pelvico con un costo massimo per seduta di € 30,00

### **Pacchetto 3: Post Menopausa**

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di menopausa attestata da medico "di base" o dallo specialista. Lo stato di menopausa deve essere accertato successivamente alla data di inizio copertura del Piano Sanitario.

Attivando il pacchetto "Post Menopausa", si potrà ottenere il rimborso delle seguenti voci, nei limiti dell'eventuale costo massimo per seduta previsto per alcune prestazioni e della ripetibilità prevista per altre:

## PRESTAZIONI

## COSTO MASSIMO PER SEDUTA

|                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| Riabilitazione del pavimento pelvico | € 30,00    |
| Ginnastica medica                    | € 16,00    |
| Visita ginecologica Post Menopausa   | max 1/anno |
| MOC                                  | max 1/anno |

Nel caso in cui l'assistito si avvallesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il rimborso dei ticket è integrale. Non viene applicato alcuno scoperto o franchigia.

### Per il rimborso:

- Copia della **certificazione medica** attestante la natura della patologia (per il Pacchetto 1), lo stato di menopausa (per il Pacchetto 3) o l'espletamento del termine di gravidanza (per il Pacchetto 2) rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata,
- Copia di una **prescrizione medica** dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie.
- Copia del **documento di spesa** valido ai fini fiscali indicante il tipo di trattamento fisioterapico, il numero di sedute, il costo unitario per singola seduta e dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, massofisioterapista, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.



**Massimale annuo: € 500,00** per ciascuno dei tre pacchetti







Il Fondo provvede al pagamento delle spese per agopuntura effettuata da medico chirurgo **a seguito di malattia o infortunio** esclusivamente a fini antalgici (terapia del dolore).

Ai fini del rimborso, dovrà essere inviata una prescrizione medica dettagliata indicante la necessità del trattamento di agopuntura a fini antalgici. In caso di prescrizione rilasciata da medico specialista, la specializzazione dovrà essere inerente alla patologia denunciata.

Il trattamento deve essere effettuato da medico chirurgo il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa (fatture/ricevute).

### Per il rimborso:

L'Iscritto dovrà allegare alla richiesta di rimborso la seguente documentazione:

- Copia della **prescrizione** attestante la necessità della terapia a fini antalgici;
- Copia della **fattura** dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico abilitati, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Si ricorda che le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

**Massimale annuo: € 250,00**



Medi-Prev provvede al rimborso delle spese per:

- Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico (allegato A)
- Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso (Allegato B)

Se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo.

Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.



Massimale annuo complessivo: € 90.000,00

### **9.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER INTERVENTO CHIRURGICO (ALLEGATO A)**

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento.

Il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli di cui all'Allegato A, può godere delle seguenti prestazioni:

- **Pre-ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

- **Intervento chirurgico**

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

- **Assistenza medica, medicinali, cure**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.



- **Rette di degenza**

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie come ad esempio, caffè, giornali, TV, aria condizionata, ecc.

In caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, le spese vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.

- **Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, la garanzia è prevista nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

- **Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

- **Post-ricovero**

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

In caso di ricovero in strutture non convenzionate Medi-Prev, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 2.000,00, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

Il rimborso avverrà nel limite di un sottomassimale di € 8.000,00 per ciascun intervento effettuato, nel massimale complessivo dell'area Ricovero.

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate Medi-Prev.

Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale cameretta a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

### **9.1.1. TRASPORTO SANITARIO A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO**

---

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il **massimo di € 1.500,00** per ricovero.

### **9.1.2. TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO**

---

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo rimborsa le spese previste ai paragrafi "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico" e "Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

### **9.1.3. NEONATI**

---

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, spesi nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato.

#### 9.1.4. INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO

---

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a Medi-Prev né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità giornaliera di € 80,00 per ogni notte di ricovero per i primi 30 giorni di ricovero, e di € 100,00 per ogni giorno di ricovero a partire dal 31° giorno, per un massimo di 100 giorni per ricovero.

Come già detto, per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

Tale indennità sarà riconosciuta all'iscritto da Medi-Prev al termine del ricovero fornendo il **foglio di dimissione**.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la **cartella clinica** relativa al ricovero.

#### 9.1.5. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER RICOVERI CHIRURGICI

---

Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero", il Fondo, per i ricoveri chirurgici (come da elenco allegato) e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto.

Il Fondo concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

#### 9.1.6. SERVIZI DI ASSISTENZA GLOBALE INTEGRATA, NOLEGGIO AUSILI MEDICO-SANITARI A SEGUITO DI RICOVERO MEDICO/CHIRURGICO PER NEOPLASIE MALIGNI

---

In caso di ricovero per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco interventi chirurgici allegato), e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero"), mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate prestazioni di:



- a) ospedalizzazione domiciliare;
- b) assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto.

Il Fondo concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari.

## **9.2. RICOVERO MEDICO IN ISTITUTO DI CURA PER GRAVE EVENTO MORBOSO (Allegato B)**

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento.

Il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Iscritto venga ricoverato a seguito di un grave evento morboso, intendendo per tale uno di quelli elencati all'Allegato B, può godere delle seguenti prestazioni:

- **Pre-ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

- **Assistenza medica, medicinali, cure**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

- **Retta di degenza**

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie come ad esempio, caffè, giornali, TV, aria condizionata, ecc.

In caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, le spese vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.

- **Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, la garanzia è prevista nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

- **Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

- **Post-ricovero A**

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime, qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

- **Post-ricovero B**

Le prestazioni infermieristiche, i medicinali, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Nel caso di utilizzo del SSN sono rimborsati integralmente i ticket.

**MEDI-PREV**  
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

### **9.2.1. TRASPORTO SANITARIO**

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con un **massimale di € 1.500,00** per ricovero.

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "Indennità sostitutiva per ricovero per Grave Evento Morboso".

Qualora l'iscritto sostenga, durante il ricovero, delle spese per il trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'iscritto nei limiti previsti nei diversi punti: in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva per ricovero per Grave Evento Morboso.

### **9.2.2. INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO PER GRAVE EVENTO MORBOSO**

---

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero medico per grave evento morboso né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per i primi 30 giorni e di € 100,00 per ogni giorno di ricovero a partire dal 31° giorno fino al 70° per ricovero.

### **9.2.3. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO - RICOVERI MEDICI ELENCATI**

---

In caso di ricovero senza intervento chirurgico per una delle patologie sotto elencate, avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni, mette a disposizione prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

Sono compresi in copertura:

- Fibrosi cistica;
- Ictus;
- Ischemia arterie vertebrali;
- Morbo di Parkinson;
- Paralisi;
- Sclerosi Multipla;
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

Il Fondo concorderà il programma medico/riabilitativo con l'iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

---

**Massimale annuo: € 5.000,00**





Il Fondo rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di presidi, ausili medici ortopedici, sempre se appositamente prescritti e **conseguenti a malattia e/o infortunio avvenute successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario:**

- Ortesi per piede (es., plantare, supporto calcaneare, ortesi di stabilizzazione della caviglia, ecc.);
- Calzature ortopediche su misura;
- Apparecchi ortopedici per arto inferiore: dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto inferiore e dell'anca. Non è un dispositivo atto alla deambulazione;
- Apparecchi ortopedici per arto superiore: dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto superiore;
- Ortesi spinali: dispositivi rigidi/semirigidi. Es.: corsetto 3 punti, corsetto di declinazione, corsetto per scoliosi, a tre valve, ecc.;
- Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio: es.: ginocchiera elastica, ginocchiera elastica con foro rotuleo, dispositivi di trazione elastomerici, con cinghie di trazione, cavigliere ortopediche, elastiche, bivalva, pneumatiche, stampelle canadesi, tripodi, ecc.;
- Carrozzine;
- Accessori per carrozzine;
- Ausili per il sollevamento: sollevatori mobili, sollevatori a soffitto;

Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Per ogni tipologia di presidio sono previsti **massimo 2 acquisti l'anno.**

Le spese vengono rimborsate nella misura dell'80% lasciando a carico dell'iscritto uno scoperto del 20%.

### Per il rimborso:

- Copia della **prescrizione medica** attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e ausili ortopedici con l'indicazione della patologia che l'ha generata e la data di accertamento della patologia;
- Copia della **fattura o dello scontrino** nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggiato e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare anche una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato o noleggiato.

Si ricorda che le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativa all'acquisto o al noleggio del presidio.

Massimale annuo: € 3.000,00

**MEDI-PREV**

Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa





## 11. AREA ODONTOIATRICA

La garanzia è operante nel solo caso di utilizzo di strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Medi-Prev.

Laddove nella regione di residenza e/o domicilio non siano presenti strutture convenzionate, l'Iscritto potrà avvalersi di strutture non convenzionate entro ciascun massimale definito dalle prestazioni del Piano.

### Per il rimborso:

Per la richiesta di rimborso è necessario presentare:

- la **prescrizione del dentista** contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La prescrizione non è necessaria per l'igiene orale;
- **fattura o scontrino** riportante la tipologia di trattamento ricevuto con il dettaglio dei costi e se presenti più prestazioni differenti nella stessa fattura, è necessario che vengano riportati i singoli importi.

### 11.1. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto al Paragrafo "Esclusione dal piano", Medi-Prev provvede al rimborso, nella misura del **75%**, della spesa per una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate Medi-Prev.

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:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano a carico dell'Iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo, il Fondo provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

## 11.2. IMPLANTOLOGIA

---

In deroga a quanto previsto al Paragrafo "Esclusione dal Piano", Medi-Prev rimborsa parte delle spese sostenute durante il periodo di copertura per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

È previsto un massimale di:

- **€ 1.100,00** nel caso di applicazione di un singolo impianto;
- **€ 2.200,00** nel caso di applicazione di due impianti;
- **€ 3.300,00** nel caso di applicazione di tre impianti;
- **€ 3.800,00** nel caso di applicazione di quattro impianti;
- **€ 4.300,00** nel caso di applicazione di cinque impianti

Qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo la prima applicazione di uno o più impianti, dovesse subentrare l'esigenza di effettuare ulteriori impianti, questi ultimi verranno liquidati nell'ambito del sottomassimale relativo al numero complessivo di impianti effettuati, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

**Massimale annuo: € 5.100,00**

## 11.3. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI

---

In deroga a quanto previsto al Paragrafo "Esclusione dal Piano", Medi-Prev provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Ortopantomografia;
- Radiografie endorali;
- Dentalscan.

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



Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato Medi-Prev, le spese per le prestazioni effettuate vengono rimborsate con l'applicazione di una **franchigia** a carico dell'Iscritto di **€ 35,00** per ogni prestazione.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto con l'applicazione di una **franchigia di € 5,00** per ciascun ticket del quale viene chiesto il rimborso.



**Massimale annuo: € 400,00**

#### **11.4. PRESTAZIONI DI ORTODONZIA**

---

In deroga a quanto previsto al Paragrafo "Esclusione dal Piano", il Fondo provvede al rimborso delle spese per prestazioni ortodontiche per malocclusioni riportabili ai gradi 3, 4 e 5 dell'Indice IOTN (Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico)

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e il personale convenzionato Medi-Prev.



**Massimale annuo: € 700,00**

#### **11.5. AVULSIONE**

---

In deroga a quanto previsto al Paragrafo "Esclusione dal Piano", il Fondo provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato Medi-Prev.



## 12. AREA PREVENZIONE

Le prestazioni di cui al presente Capo, 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.

Le prestazioni previste per ciascun pacchetto dovranno essere effettuate in un'unica soluzione.

### Prestazioni previste per ogni Iscritto una volta all'anno:

#### PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotrasferasi AST
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatininemia
- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Elettrocardiogramma di base
- Urea – azotemia
- VES
- Esame delle urine
- Gamma GT

Il rimborso è valido solo se la prestazione è effettuata presso una struttura sanitaria convenzionata con Medi-Prev o erogata dal SSN.

Se non sono presenti strutture convenzionate entro un raggio di 30 km dalla propria residenza e/o domicilio, l'Iscritto potrà avvalersi di strutture non convenzionate, sempre previa autorizzazione da parte di Medi-Prev.

### Prestazioni previste una volta l'anno:

Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

#### - **Prevenzione oncologica per gli uomini di età superiore ai 45 anni:**

- Esame emocromocitometrico completo;
- Velocità di eritrosedimentazione (VES);
- Glicemia;
- Azotemia (Urea);
- Creatininemia;
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
- Trigliceridi;
- Gamma GT;
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
- PT (Tempo di protrombina);
- PSA (Specifico antigene prostatico);
- Esame delle urine;
- Ecografia prostatica.



- **Prevenzione oncologica per le donne di età superiore ai 35 anni:**

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

**SINDROME METABOLICA:**

Medi-Prev provvede al pagamento delle spese per prestazioni mirate ad evidenziare il rischio di Sindrome Metabolica.

Le prestazioni di seguito elencate devono essere effettuate in strutture sanitarie convenzionate da Medi-Prev.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione:

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- glicemia;
- trigliceridi;

**MEDI-PREV**  
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa



## PRESTAZIONI A SOSTEGNO DI SOGGETTI CHE VERSANO IN CONDIZIONI DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Sono destinatari della presente garanzia i lavoratori iscritti a Medi-Prev che hanno maturato i requisiti soggettivi in seguito a un evento (patologia o infortunio) insorto durante il periodo della copertura sanitaria.

I destinatari delle prestazioni sono coloro che, durante il periodo della copertura, hanno:

- 1) Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL, di grado uguale o superiore all'80%;
- 2) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

Per accedere ai plafond, la copertura sanitaria deve essere attiva alla data d'insorgenza della patologia, alla data della presentazione della domanda d'invalidità e certificazione della stessa.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui ai punti nn. 1 e 2, il Fondo Medi-Prev mette a disposizione degli iscritti, una tantum, un plafond di spesa di:

- **€ 6.000,00** per invalidità con grado compreso tra 80% e 90%;
- **€ 8.000,00** per invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

per il rimborso delle seguenti prestazioni:

- Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
- Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
- Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati);
- Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti, etc.);
- Consulenza psicologica effettuata da psicologo abilitato; sedute di psicoterapia; visita psichiatrica; visita neurologica;
- Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf).



Le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità. Viene comunque garantito il rimborso per le prestazioni effettuate nel periodo che intercorre tra la data della domanda di riconoscimento di invalidità e la certificazione stessa.

In caso di aggravamento e di riconoscimento di un grado maggiore di invalidità che comporti il passaggio da una fascia all'altra di plafond di spesa, verrà riconosciuto il diritto solo alla differenza di importo (€ 2.000,00) e non la disponibilità dell'intero plafond della nuova fascia di riferimento. I soggetti che presentino i requisiti di cui ai punti nn. 1 e 2 del presente paragrafo, potranno fruire delle prestazioni anche successivamente all'uscita dalla copertura sanitaria erogata dal Fondo, purché tali prestazioni siano state effettuate entro 2 anni dalla data di certificazione dell'invalidità.

#### Per il rimborso:

Ai fini del rimborso è richiesto l'invio della seguente documentazione:

- copia della **domanda d'invalidità** dalla quale si evinca la data di presentazione;
- copia **certificazione Inail/Inps** attestante l'invalidità e il relativo grado;
- per l'invalidità da patologia e malattie professionali, copia della **documentazione medica** dalla quale si evinca la data d'insorgenza della patologia;
- copia **prescrizione medica** (come indicato nella tabella seguente);
- copia **documentazione di spesa**.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

## TIPO DI PRESTAZIONE

Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)

Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)

Consulenza psicologica effettuata da psicologo abilitato. Sedute di psicoterapia. Visita psichiatrica. Visita neurologica

Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)

## DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Prescrizione medica  
Documento di spesa

Prescrizione medica  
Documento di spesa

Prescrizione medica  
Documento di spesa

Documento di spesa

Prescrizione medica  
Documento di spesa

Documento di spesa

Per il personale di supporto per le normali attività quotidiane (colf/badante) la documentazione di spesa richiesta è il prospetto di retribuzione rilasciato dal datore di lavoro dal quale si evinca:

- Nome e Cognome del lavoratore (colf/badante)
- Numero ore lavorate
- Retribuzione oraria
- Totale retribuzione percepita
- Importo contributi versati
- Firma per ricevuta del lavoratore (colf/badante)
- Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS

## ESTENSIONE TERRITORIALE

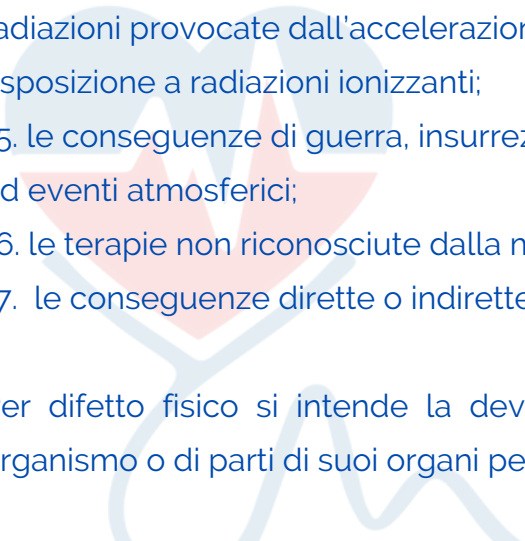
La copertura sanitaria vale in tutto il mondo.

## ESCLUSIONE DAL PIANO

La copertura non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti, salvo quanto previsto dal presente piano sanitario;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto dal presente Piano Sanitario;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
5. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale (FIVET);
6. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
7. percorso di cura psichiatrico e dietologico;
8. le visite effettuate da personale sanitario non in possesso di specializzazioni riconosciute dalla vigente legislazione;
9. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
10. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo salvo quanto indennizzabile;



- 
11. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
  12. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti;
  13. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
  14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
  15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
  16. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
  17. le conseguenze dirette o indirette di pandemie;

Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

**MEDI-PREV**  
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

#### **LIMITI DI ETÀ**

Il Piano Sanitario opera fino a quando il singolo dipendente permanga in rapporto di lavoro dipendente.

## REGOLAMENTO CONTRIBUTI

I datori di lavoro effettuano il **versamento** dell'**una tantum** iniziale a seguito della prima iscrizione dei lavoratori corrispondente a **€ 30,00** per ciascun dipendente a tempo pieno e a tempo parziale, con contratto a tempo indeterminato o apprendista.

Il **contributo mensile** da versare per il singolo dipendente assunto è di **€ 11,50** per dodici mensilità. Il contributo è previsto per i dipendenti con contratto di lavoro a tempo indeterminato e gli apprendisti.

Per i dipendenti assunti a tempo parziale (orizzontale, verticale, misto) si versano senza alcuna riduzione gli importi dovuti sia a titolo di una tantum che di contributo ordinario.

In caso di assunzione o cessazione del rapporto di lavoro in corso del mese, la contribuzione è dovuta per tutto il mese.

In caso di mancato versamento dei contributi da parte del datore di lavoro, la copertura sanitaria verrà sospesa.

Il diritto alle prestazioni si estingue per cessazione del rapporto di lavoro, decesso o per cessazione del rapporto di lavoro dipendente.

**MEDI-PREV**  
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

## PRECISAZIONI

Il diritto alle prestazioni decorre a partire dal **1° giorno del 7° mese** successivo alla data di iscrizione, salvo casi eccezionali espressamente previsti.

Le richieste di rimborso delle prestazioni effettuate e coperte dal presente Piano devono essere inoltrate nel termine di un anno dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri, il termine decorre dalla data delle dimissioni.

Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre 1 anno, non saranno rimborsati.

Le prestazioni ricomprese nella copertura saranno attivate previa autorizzazione, mediante il portale dedicato, presso le strutture di riferimento, nel rispetto di quanto previsto nel presente Piano.

Si specifica inoltre che, tutte le garanzie ricomprese nell'operatività del piano non saranno attivate nel caso in cui le prestazioni o le patologie ivi illustrate siano coperte da assicurazione Inail o altre assicurazioni personali, del nucleo familiare o di terzi.

Laddove non siano presenti strutture convenzionate Medi-Prev nella regione di residenza e/o domicilio dell'Isritto, egli/ella potrà avvalersi di strutture non convenzionate entro ciascun massimale definito dalle prestazioni del Piano.

Le prestazioni previste dal presente Piano Sanitario sono erogate dal Fondo esclusivamente in forma rimborsuale.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.) deve essere inviata in copia. Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

In caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.



## **ALLEGATO A**

### **ELENCO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI**

#### **NEUROCHIRURGIA**

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari);
- Asportazione tumori dell'orbita;
- Interventi di cranioplastica;
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne;
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale;
- Interventi per ernia del disco e/o per mieolopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale;
- Interventi sul plesso brachiale;
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale.

#### **CHIRURGIA GENERALE**

- Ernia femorale;
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi;
- Nodullectomia mammaria (sono comprese anche le nodullectomie per patologie benigne).

#### **OCULISTICA**

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

#### **OTORINOLARINGOIATRIA**

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale;
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare;
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia);
- Intervento demolitivo della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale);
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- Ricostruzione della catena ossiculare.

#### **CHIRURGIA DEL COLLO**

- Tiroidectomia totale;
- Interventi sulle paratiroidi;
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale.

## **CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

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

## **CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE**

- Asportazione di tumore glomico carotideo;
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario;
- Angioplastica con eventuale stent;
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi;
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica;
- Interventi sul cuore per via toracotomica;
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica;
- Safenectomia della grande safena.

## **CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE**

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica;
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne;
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne;
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica;
- Appendicectomia con peritonite diffusa;
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni;
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia);
- Drenaggio di ascesso epatico;
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale;
- Interventi chirurgici per ipertensione portale;
- Interventi con esofagoplastica;
- Interventi di amputazione del retto-ano;
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica;
- Interventi per echinococchi epatica;
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale;
- Interventi per neoplasie pancreatiche;

- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica;
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- Intervento per mega-esofago;
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari;
- Resezione gastrica;
- Resezione gastrica allargata;
- Resezione gastrica totale;
- Resezione gastro-digiunale;
- Resezione epatica.

## **UROLOGIA**

- Terapia della calcolosi urinaria;
- Cistoprostatovescicolectomia;
- Interventi di cistectomia totale;
- Interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare;
- Interventi di prostatectomia radicale;
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- Nefroureterectomia radicale;
- Surrenalectomia.

## **GINECOLOGIA**

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia;
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia;
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia;
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica.

## **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

- Interventi per sindrome del tunnel carpale;
- Intervento per dito a scatto;
- Intervento chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne;
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei;
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio;
- Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne;
- Interventi di stabilizzazione vertebrale;
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma;



- Interventi per costola cervicale;
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma;
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma;
- Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni;
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare.

## **CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE**

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio.

## **TRAPIANTI DI ORGANO**

- Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche.

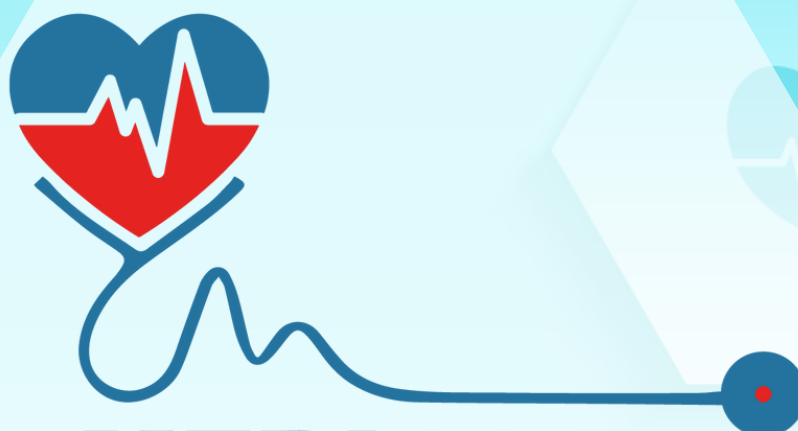
## **ALLEGATO B**

### **ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI**

- Infarto miocardico acuto
- Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
  - dispnea;
  - edemi declivi;
  - aritmia;
  - angina instabile;
  - edema o stasi polmonare;
  - ipossiemia.
- Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
  - ulcere torbide;
  - decubiti;
  - neuropatie;
  - vasculopatie periferiche;
  - infezioni urogenitali o sovrinfezioni;
  - complicanze oculari.

- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale
- Sclerosi multipla
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Alzheimer
- Morbo di Parkinson caratterizzato da:
  - riduzione attività motoria;
  - mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.
- Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale) o acuta.





**MEDI-PREV**

Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

**Fondo Medi-Prev**  
**Fondo Integrativo del SSN**

**Via del Castro Pretorio, 30**  
**00185 – Roma**

**[info@medi-prev.it](mailto:info@medi-prev.it)**  
**[www.medi-prev.it](http://www.medi-prev.it)**