

NOMENCLATORE SANI-FONDS 2017

Tutte le prestazioni, salvo ove espressamente previsto, sono garantite al titolare della copertura assicurativa, al relativo coniuge fiscalmente a carico ed ai figli minori di età compresa tra zero e 12 mesi.

Quando il massimale è indicato come operante a nucleo, il nucleo si intende composto da titolare della copertura assicurativa, dal relativo coniuge fiscalmente a carico e dai figli minori di età compresa tra zero e 12 mesi

In caso di estensione volontaria della copertura assicurativa anche in favore di altri familiari¹, ai familiari paganti, si applica il presente Nomenclatore, con autonomo massimale a nucleo rispetto a quello applicato al titolare, coniuge fiscalmente a carico e figlio minore di età compresa tra zero e dodici mesi.

A. AREA RICOVERO

A.1 Ricovero

È prevista un'indennità giornaliera per qualsiasi tipologia di ricovero a seguito di malattia o infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto (ricovero ordinario o diurno – day hospital/day surgery), inclusi anche eventuali degenze presso posti letto per lo svolgimento dell'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS). Tale indennità deve intendersi finalizzata alla copertura di tutte le spese sostenute dall'assicurato nel corso del ricovero comprese quelle relativa a retta di degenza ed accompagnatore con la sola esclusione di quanto previsto dal successivo paragrafo (pre e post-ricovero).

L'assicurato avrà diritto ad un'indennità di **€ 60,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni.

Pre- e Post-ricovero

Il Piano rimborsa le spese per tutti gli esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche sostenute nei 120 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi il ricovero purché collegate alla **malattia o all'infortunio** che ha determinato il ricovero stesso. Sono compresi le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici, rieducativi (logopedia ed ergoterapia) effettuate nei 120 giorni successivi il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti purché collegate alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero stesso (fino ad un massimo di copertura terapeutica di 120 giorni successivi la data di dimissione dall'istituto).

La presente garanzia opera sia per prestazioni effettuate in S.S.N., che presso strutture private aderenti o meno all'eventuale network convenzionato (regime di assistenza diretta e rimborsuale).

La disponibilità annua per la garanzia di pre/post ricovero è di **€ 600,00 a nucleo**.

¹ *Familiari paganti: coniuge non fiscalmente a carico o convivente more uxorio, figli minorenni con età superiore ai 12 mesi, figli maggiorenni fiscalmente a carico fino al compimento del ventiseiesimo anno di età, figli maggiorenni fiscalmente a carico con invalidità permanentemente non inferiore a due terzi senza limiti di età.*

A.2 Degenze presso posti letto intermedi e/o transitori

Per eventuali degenze presso strutture che dispongono di posti letto transitori e/o intermedi danno diritto all'assicurato ad una indennità analoga a quanto prevista per i ricoveri (capitolo A.1), ovvero pari a 60 euro per ogni giorno di degenza per un periodo non superiore a 30 giorni, integrative rispetto alle condizioni definite nella sezione A.1.

B. AREA AMBULATORIALE SETTORE PUBBLICO (SSN – SSP): prestazioni erogate da strutture del servizio sanitario nazionale/provinciale o convenzionate con lo stesso

Per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale (incluso day service, pronto soccorso, chirurgia ambulatoriale, ...) erogate da strutture pubbliche e/o private convenzionate con il servizio sanitario provinciale o nazionale vengono rimborsati tutti i ticket.

Si precisa che sarà sufficiente presentare la ricevuta comprovante il pagamento del ticket sanitario e non è richiesta fotocopia dell'impegnativa o del promemoria per prescrizioni dematerializzate. Si chiarisce che per visite o prestazioni si intendono tutte quelle previste dal nomenclatore di specialistica ambulatoriale provinciale o in vigore nelle diverse realtà regionali incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'elenco delle strutture private convenzionate in Alto Adige è costantemente aggiornato sul sito dell'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano al seguente link: <http://www.asdaa.it/it/amministrazione-trasparente/strutture-sanitarie-private-accreditate-convenzionate.asp>)

Il massimale annuo è illimitato.

C. AREA AMBULATORIALE SETTORE PRIVATO: prestazioni erogate da professionisti o strutture private non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale/provinciale

C.1. VISITE SPECIALISTICHE EFFETTUATE AL DI FUORI DEL RICOVERO

C.1 Visite specialistiche private effettuate al di fuori del ricovero

Qualora la prestazione ambulatoriale venga erogata da professionisti o strutture private (inclusa intramoenia), è sempre richiesta la prescrizione/promemoria in caso di dematerializzata, del medico contenente la patologia presunta o accertata e i relativi documenti di spesa (fatture o ricevute).

Se ci si rivolge a strutture sanitarie non convenzionate o a personale non convenzionato, le spese sostenute per ogni visita specialistica vengono rimborsate per **80%** lasciando comunque a carico dell'assicurato una quota (minimo non indennizzabile) di **€50,00**.

La disponibilità annua per le garanzie di cui al presente punto C.1 è di € 700,00 a nucleo.

C.2 Chirurgia ambulatoriale settore privato

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese sostenute presso strutture o professionisti privati (ricevute o fatture emesse da professionisti/strutture private in regime privato/libera professione intramurale) **per qualsiasi prestazione di chirurgia ambulatoriale.**

Se ci si rivolge a strutture sanitarie non convenzionate o a personale non convenzionato, le spese sostenute per ogni visita specialistica vengono rimborsate **senza applicazione di scoperto** lasciando comunque a carico dell'assicurato una quota (minimo non indennizzabile) di **€ 250,00**.

Il massimale annuo è illimitato.

C.3 Diagnostica per immagini, di laboratorio e prestazioni terapeutiche erogate da privati effettuate al di fuori del ricovero

C.3.1 Prestazioni di diagnostica strumentale effettuate al di fuori del ricovero

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese sostenute (a titolo di ricevute o fatture emesse da professionisti o strutture in regime privato o libera professione intramurale) per le prestazioni di **diagnostica strumentale** eseguite indipendentemente dal ricovero e indicate nel nomenclatore provinciale di specialistica ambulatoriale in vigore in Provincia Autonoma di Bolzano (<http://www.provincia.bz.it/sanita/personale-sanitario/delibere-tariffario.asp>), versione vigente:

È garantito il pagamento diretto nelle strutture aderenti all'eventuale network convenzionato lasciando a carico dell'assistito una franchigia pari ad € 25,00 per ogni fattura/accertamento attestante l'esecuzione di accertamenti diagnostici.

Se ci si rivolge a strutture sanitarie non convenzionate o a personale non convenzionato, tali prestazioni vengono rimborsate per **80%** lasciando comunque a carico dell'assicurato una quota (minimo non indennizzabile) di **€ 50,00**.

C.3.2 Prestazioni di diagnostica di laboratorio effettuate al di fuori del ricovero

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese sostenute (sia a titolo di ticket che di ricevute o fatture emesse da professionisti o strutture in regime privato o libera professione intramurale) per **TUTTE** le prestazioni di **diagnostica di laboratorio** eseguite indipendentemente dal ricovero e indicate nel nomenclatore provinciale di specialistica ambulatoriale in vigore in Provincia Autonoma di Bolzano (<http://www.provincia.bz.it/sanita/personale-sanitario/delibere-tariffario.asp>), versione vigente.

Se ci si rivolge a strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il servizio sanitario tutti i ticket vengono completamente rimborsati nel limite del massimale assicurato.

È garantito il pagamento diretto nelle strutture aderenti all'eventuale network convenzionato lasciando a carico dell'assistito una franchigia pari ad € 15,00 per ogni fattura/accertamento attestante l'esecuzione di accertamenti diagnostici.

Il Piano rimborsa tali prestazioni per **80%** lasciando comunque a carico dell'assicurato una quota (minimo non indennizzabile) di massimo **€ 25,00 per ricevuta/fattura**.

C.3.3 Prestazioni terapeutiche effettuate al di fuori del ricovero

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese sostenute (ricevute o fatture emesse da professionisti o strutture in regime privato non convenzionate o libera professione intramurale) per le prestazioni **terapeutiche** di seguito elencate:

- Terapia del dolore
- Infiltrazioni o infusioni farmacologiche
- Percorsi diagnostico-terapeutici in caso di sterilità
- Prestazioni di medicina complementare

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica/promemoria in caso di dematerializzata, contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa qualora erogata da struttura privata.

È garantito il pagamento diretto nelle strutture aderenti all'eventuale network convenzionato lasciando a carico dell'assistito una franchigia pari ad € 15,00 per ciclo di terapia.

Il Piano rimborsa tali prestazioni per 80% lasciando comunque a carico dell'assicurato una quota (minimo non indennizzabile) di € 50,00.

C.3.4 Massimali Diagnostica per immagini, di laboratorio e prestazioni terapeutiche erogate da privati effettuate al di fuori del ricovero

La disponibilità annua per le garanzie presenti ai punti C.3.1, C.3.2 e C.3.3 è complessivamente di € 3.000,00 a nucleo.

C.4 Fisioterapia, riabilitazione (incluse prestazioni correlate) e prestazioni terapeutiche erogate da privati

C.4.1 Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e prestazioni correlate

Vengono rimborsate totalmente le spese sostenute dall'assicurato per prestazioni di fisioterapia, riabilitazione erogate da strutture o professionisti privati a fronte di prescrizione/promemoria in caso di dematerializzata, da parte di medici a fronte di determinate patologie. Sono coperte dal Piano anche eventuali prestazioni correlate ai trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi ed alla cura della patologia.

Le patologie coperte dal Piano sono:

- Ictus cerebrale
- patologie cardiologiche croniche (ad es. scompenso cardiaco)
- Infarto miocardio acuto
- Sclerosi laterale amniotrofica (SLA)
- Sclerosi Multipla
- Morbo di Parkinson
- Demenza (Alzheimer)
- Trattamenti post operatori la cui erogazione avviene successivamente ai 120 giorni previsti per le prestazioni post ricovero, previsti nella sezione "A1 ricovero".
- Patologie afferenti all'apparato osteomuscolare
 - Piede: Piede equino varo-addotto supinato cavo; Piede calcaneare; Piede addotto; Piede cavo; Piede equino; Piede cadente; Piede valgo trasverso-piatto con diastasi degli spazi tra le teste delle ossa metatarsali in età pediatrica; Piede piatto valgo dell'adulto; Piede piatto; Alluce valgo; Dito a martello/ad artiglio; Quinto dito varo iperaddotto;
 - Ginocchio: Lussazione della rotula; Condropatia rotulea; Lesioni del menisco; Lesioni dei legamenti del ginocchio; Cisti di Baker/Cisti poplitea; Osteocondrite dissecante; Ginocchio valgo/varo; Ginocchio recurvato; Gonartrosi;
 - Anca: Periartrite della coxa (sindrome del tensore della fascia lata); Coxa saltans (anca a scatto); Displasia e lussazione congenita dell'anca; Morbo di Perthes; Epifisiolisi della testa del femore; Coxa vara congenita; Coxartrosi; Necrosi della testa del femore nell'adulto;
 - Mano: Encondroma; Gangli; Malattia dell'osso semilunare; Rizartriosi; Pseudoartrosi del navicolare; Sindattilia; Tendinosi, enteropatie, tendinopatie; Tendinovagnite di de Quervain
 - Dito a scatto; pollice a scatto; Sindrome del tunnel carpale; Morbo di Dupuytren

- Gomito: Gomito Valgo/varo; Artrosi del gomito; Borsite olecranica; Lussazione del gomito; Epicondilite
- Spalla: Malattie degenerative del cingolo scapolo-omerale; Tendinite calcifica, borsite subacromiale; Thoracic outlet syndrome; Lussazione postraumatica della spalla; Lussazione abituale della spalla; Rottura della cuffia dei rotatori; Artrosi del cingolo scapolare;
- Colonna vertebrale: Dorso piatto, curvo, curvo-cavo; Scoliosi; Patologie degenerative del rachide lombare; Lombalgie; Dorsalgie; Sindrome cervicale; Ernia del disco; Blocco articolare; Morbo di Scheuermann; Spondilisi, spondilolistesi; Osteoporosi; Osteomalacia; Tumori della colonna
- Miopatie: Distrofia muscolare progressiva; Miopatie infiammatorie; Miastenia; Miotonie
- Malattie reumatologiche:
 - Poliartrite cronica o artrite reumatoide;
 - Morbo di Bechterew
- Malattie bronco-polmonari croniche:
 - bronco pneumopatie ostruttive;
 - bronco pneumopatie restrittive;
 - embolia polmonare;
 - polmonite;
 - asma bronchiale;
- Gravi lesioni a seguito di infortunio extralavorativo con che comporti un grado di invalidità maggiore a 40%

Il Piano rimborsa l' **80% del totale della ricevuta/fattura**, lasciando comunque a carico dell'assicurato una quota (minimo non indennizzabile) di **€ 50,00** per fattura.

Nel caso siano necessari trattamenti fisioterapici cure termali le rispettive spese saranno liquidate con le seguenti modalità:

Rimborso delle spese sostenute, per le prestazioni erogate in strutture sanitarie private non convenzionate o effettuate da personale non convenzionato, nella misura del **80%** lasciando comunque una quota (minimo non indennizzabile) a carico dell'assicurato di **€ 50,00** per fattura.

Le prestazioni sono liquidabili sempreché siano prescritte da medico e inerente alla patologia denunciata. Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, hotel, centri benessere.

La disponibilità annua per le garanzie presenti ai punti C.4.1 è di € 500,00 a nucleo.

C.5 Oculistica: prestazioni erogate da privati

C.5.1 Lenti (per occhiali/a contatto)

Ogni tre anni vengono rimborsate/liquidate all'assicurato le spese sostenute per lenti correttive per occhiali o lenti a contatto nel limite di **€ 120,00 per nucleo** lasciando comunque a carico dell'assicurato una quota (minimo non indennizzabile) di **€ 50,00** per fattura.

Per l'attivazione è necessaria presentare la relativa fattura emessa da ottico oppure un oculista oppure un oculista/optometrista.

C.5.2 Chirurgia refrattiva

Qualora l'assicurato si sottoponga a intervento di chirurgia refrattiva per la correzione di vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) documentati (maggiori o uguale a) ≥ 2 di visus il piano rimborsa una **quota massima di € 750,00** per occhio.

La garanzia è operante per un intervento a nucleo a biennio, dove per "intervento" si intende la correzione dei vizi di refrazione ad entrambi gli occhi.

Nel rispetto della quota massima di cui sopra, vengono rimborsate totalmente le spese sostenute dall'assicurato per prestazioni erogate da strutture o professionisti in regime privato nella misura del 75% della relativa fattura/ricevuta di pagamento.

Il piano assicurativo esclude future richieste di rimborso di cui al punto C.5.1 a partire dalla data dell'intervento.

C.6 Odontoiatria: prestazioni erogate da privati

C.6.1. prestazioni odontoiatriche di prevenzione:

Per prestazioni erogate da strutture o professionisti in regime privato, è riconosciuto all'assistito un rimborso massimo pari al valore previsto dal Tariffario Odontoiatrico di seguito indicato:

IGIENE ORALE E PARADONTOLOGIA		
	Massimale rimborsato	Frequenza di rimborso
* La levigatura delle radici è concedibile una volta l'anno salvo se propedeutica ad intervento di chirurgia paradontale. Non vengono riconosciute altre prestazioni paradontali sullo stesso dente se non è trascorso almeno 1 anno dalla precedente contribuzione. ** La tariffa non va conteggiata per elemento ma si riferisce all'intera prestazione		
Ablazione tartaro	€ 35,00	1 volta l'anno
Prima visita odontoiatrica	€ 30,00	1 volta l'anno
Levigatura delle radici e/o courettage gengivale (per 6 denti) *	€ 40,00	1 volta l'anno
Splintaggio per dente	€ 25,00	1 volta l'anno
Chirurgia rigenerativa compreso osso eterologo e/o membrane - per 6 denti **	€ 200,00	1 volta l'anno
Chirurgia resettiva, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura) - per 6 denti	€ 200,00	1 volta l'anno
Chirurgia mucogengivale per uno o più denti e/o abbassamento di formiche (per arcata) sutura inclusa e anestesia	€ 200,00	1 volta l'anno
Lembi o innesti liberi o pedunculati inclusa sutura e anestesia **	€ 50,00	1 volta l'anno

DIAGNOSTICA	Massimale rimborsato	Frequenza di rimborso
Radiografia Endorale	€ 15,00	1 volta ogni 2 anni
Panoramica	€ 40,00	1 volta ogni 2 anni
CBCT	€ 90,00	1 volta ogni 2 anni

CONSERVATIVA		
	Massimale rimborsato	
Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti conservativi e/o endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento dentale nuovi contributi per trattamenti conservativi e/o endodontici se non trascorsi almeno diciotto mesi dalla preecedente contribuzione misurati dalla data della prima fatturazione		
Cavitá di 5' classe di Black	€	50,00
Cavitá di 1' classe di Black	€	50,00
Cavitá di 2' classe di Black	€	70,00
Cavitá di 3' classe di Black	€	70,00
Cavitá di 4' classe di Black	€	70,00
Ricostruzione di dente con ancoraggio a vite o perno ad elemento	€	60,00
Terapia canalare in dente monoradicolato (comprese radiografie)	€	75,00
Terapia canalare in dente biradicolato (comprese radiografie)	€	85,00
Terapia canalare in dente tri- o pluriradicolato (comprese radiografie)	€	100,00
Ritrattamento canalare	€	150,00

La disponibilità annua per le garanzie contenute nel presente punto C.6.1 è illimitata.

C.6.2. Prestazioni di chirurgia:

Per prestazioni erogate da strutture o professionisti in regime privato, è riconosciuto all'assistito un rimborso massimo pari al valore previsto dal Tariffario Odontoiatrico di seguito indicato:

CHIRURGIA	Massimale rimborsato
Estrazione di dente o radice	€ 50,00
Estrazione di dente in soggetto sottoposto a sedazione cosciente per dente	€ 80,00
Estrazione di dente o radice in totale inclusione ossea	€ 100,00
Estrazione di dente da latte	€ 20,00

IMPLANTOLOGIA	Massimale rimborsato
Il prezzo va conteggiato per ogni singolo elemento. I contributi erogati sono comprensivi di: primo intervento preoperatorio, porta impronte individuali, presa d'impronta, struttura provvisoria, secondo intervento, posizionamento della struttura, struttura definitiva, corone provvisorie applicate all'impianto portante. In caso di erogazione di un contributo, devono trascorrere almeno 5 anni dal precedente trattamento implantologico sul medesimo elemento.	
Impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) per elemento	€ 750,00
Intervento di rialzo del seno mascellare	€ 350,00
Ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica) a quadrante	€ 350,00
Prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto - intervento ambulatoriale - per emiarcata	€ 150,00
Mini impianti compresi attacchi di precisione	€ 400,00

C.6.3. Cure dentarie da infortunio:

Per l'attivazione della presente garanzia è necessario presentare oltre ai documenti di spesa un verbale di Pronto soccorso o altra documentazione che certifichi l'infortunio.

Per prestazioni erogate da strutture o professionisti in regime privato, è riconosciuto all'assistito un rimborso massimo pari al valore previsto dal Tariffario Odontoiatrico di seguito indicato:

PROTESICA	Massimale rimborsato
Protesi parziale definitiva (almeno 4 denti, compresi ganci ed elementi)	€ 200,00
Protesi parziale provvisoria rimovibile (fino a 4 denti, compresi ganci ed elementi)	€ 120,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 750,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 230,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione Inp	€ 140,00
Apparecchio scheletrato (struttura Inp o lp, comprensivi di elementi - per arcata)	€ 720,00
Riparazione di protesi rimovibile	€ 55,00
Corona protesica in LNP e ceramica	€ 360,00
Corona in LP e ceramica integrale	€ 450,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 540,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 55,00
Perno - moncone e/o ricostruzione	€ 120,00
riparazione della protesi	€ 55,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 50,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 170,00
Corona fusa LP o LP e faccette in resina o LP e faccette in resina fresata (per elemento)	€ 230,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 70,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 70,00
Ricostruzione moncone in materiale composito (per elemento)	€ 70,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 30,00
Corona in zirconia monolitica o stratificata	€ 230,00
Perio- overdenture per arcata esclusi i perni	€ 720,00
Corone telescopiche ad elemento	€ 400,00

La disponibilità annua per le garanzie contenute al punto C.6.2 e C.6.3 è complessivamente pari a € 2.000,00 a nucleo.

C.7 Ginecologia: prestazioni erogate da privati: (garanzia per il solo titolare della copertura assicurativa)

Qualora l'assistito si rivolga a strutture private o a professionisti in libera professione intramuraria, verranno rimborsate le seguenti prestazioni **effettuate una volta all'anno**:

- a) Visita ginecologica (1 volta l'anno)
- b) es. citologico cervico vaginale [pap test] e/o test DNA per HPV
- c) Ecografia ginecologia o transvaginale di routine escluse le ecografie ostetriche

Le prestazioni del presente paragrafo-sono liquidate al 100%, senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia a carico dell'assistito.

C.8 Urologia: prestazioni erogate da privati: (garanzia per il solo titolare della copertura assicurativa)

E' previsto , a decorrere dal 45-esimo anno di età, il rimborso annuo delle spese per le seguenti prestazioni **effettuate una volta all'anno**:

- a) Visita specialistica
- b) Ecografia dell'apparato
- c) Cistoscopia
- d) Flussometria
- e) PSA

Vanno rispettate le seguenti modalità di rimborso:

Tali prestazioni del presente paragrafo lettera a) ed e)-sono liquidate al 100%, senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia a carico dell'assistito.

Le prestazioni del presente paragrafo lettere b), c), d) sono rimborsate lasciando a carico dell'assistito una franchigia pari ad € 20,00 per ricevuta/fattura.

Si rimborsano inoltre le spese sostenute dai pazienti per farmaci con ipertrofia prostatica: sarà sufficiente presentare lo scontrino parlante della farmacia con documentazione clinica che attesti la diagnosi di ipertrofia prostatica.

Con riferimento agli interventi chirurgici alla prostata effettuati presso strutture pubbliche, private o convenzionate o professionisti in libera professione, l'assicurato avrà diritto ad un'indennità di € 60,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 10 giorni.

Qualora l'assistito si sottoponga a interventi chirurgici alla prostata a pagamento sia per finalità benigne che maligne, il Piano rimborsa le relative fatture emesse da strutture o professionisti privati o in libera professione nella misura del 80% della relativa fattura/ricevuta attestante l'intervento alla prostata, anche se erogato presso strutture/professionisti extraprovinciali.

C.9 Dermatologia: prestazioni erogate da privati: (garanzia per il solo titolare della copertura assicurativa)

E' previsto il rimborso ogni due anni delle spese sostenute per visita dermatologica per gli assistiti che rientrano nella fascia di età 35-65 anni.

Se erogata da strutture o professionisti privati o in libera professione intramuraria, viene rimborsato il **100 % della relativa fattura/ricevuta** lasciando comunque a carico dell'assicurato una quota (minimo non indennizzabile) di **€ 50,00**.

Per pazienti affetti da psoriasi medio/grave (PASI \geq 10) e per dermatiti atopiche gravi si prevede:

- una quota di rimborso delle spese per soggiorni termali (per un importo di **€ 40 al giorno**)
- il rimborso delle spese sostenute per fototerapie (PUVA, e baleno PUVA) sarà effettuato nella misura del 100% senza applicazione di alcuna franchigia

La disponibilità annua per tale garanzia è di 1.000 Euro.

D DISPOSITIVI - PRESID

D.1 Protesi ortopediche ed acustiche

Sono rimborsate le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche ed acustiche nella misura del **80%** lasciando comunque una quota (minimo non indennizzabile) a carico dell'assicurato di **€ 50,00** per fattura.

Inoltre si prevede un contributo, **alle medesime condizioni sopra individuate**, per l'acquisto in caso di necessità clinica documentata di uno dei seguenti dispositivi medici:

- busto C35
- busto steccato
- tutore ginocchio Donjoy.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 a nucleo.

D.2 Dispositivi per malattie croniche (diabete)

Sono rimborsate le spese per l'acquisto di dispositivi (lettore e sensori) innovativi di monitoraggio continuo del glucosio non ancora prescrivibili a carico del Servizio Sanitario Provinciale nella misura del **80%**.

La disponibilità annua per la presente garanzia é di **€ 300,00 a nucleo**.

E. ASSISTENZA SANITARIA TRASFRONTALIERA

In applicazione della direttiva europea 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera erogata in uno dei paesi dell'Unione Europea e presso

Lichtenstein, Islanda, Norvegia, l'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano sostiene una quota dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Il Piano rimborsa la differenza tra le spese sostenute per l'assistenza all'estero ed il rimborso ottenuto tramite l'ente provinciale.

E' richiesta la seguente documentazione: documento dell'Azienda sanitaria attestante il valore rimborsato e documentazione dei relativi costi sostenuti all'estero

F. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (garanzia valida per il solo titolare)

La Società garantisce l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere a decorrere dal 1° agosto 2017 bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a) spostarsi;
 - b) lavarsi;
 - c) vestirsi;
 - d) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%;
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- 1 soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- 2 nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- 3 spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
- 4 vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessari temporaneamente ma in modo costante:

- 5 dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- 6 di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.

La somma mensile garantita corrisponde a € 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 3 anni.

F.1 Piani Assistenziali per Non Autosufficienze relativi a Stati di Non Autosufficienza Temporanea

Nei casi in cui l'Assicurato si trovi in nella condizione descritta al punto "Stati di non autosufficienza temporanea", oltre a quanto fornito nel punto precedente, la Compagnia metterà a disposizione tramite un Assistance Manager (AM) la costruzione di **Piani Assistenziali Individuali (PAI) di natura socio-assistenziale**, fornendo eventualmente oltre la somma annua a disposizione di cui sopra, anche le **tariffe agevolate per badanti e per altre necessità informative/assistenziali domiciliari (il costo della prestazione è a carico dell'Iscritto)**.

F.2 Operatività della garanzia

La garanzia vale esclusivamente per il lavoratore dipendente iscritto a SANI-FONDS anche qualora abbia perso il proprio impiego a causa dello stato di non autosufficienza di cui alla presente garanzia, qualora comunque la richiesta della prestazione sia stata attivata in costanza di copertura assicurativa.

G. Second Opinion

G.1 Secondo Parere Medico

L'Assistito può ricevere un secondo parere medico dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in paesi membri della UE e Svizzera complementare rispetto alla precedente valutazione medica. Inoltre, con riferimento alle seguenti patologie

- Malattie Cardiovascolari
- Malattie Cerebrovascolari (Ictus)
- Cecità
- Sordità
- Tumori Maligni
- Insufficienza Renale
- Trapianto Di Organo
- Sclerosi Multipla
- Paralisi
- Malattia Di Alzheimer
- Malattia Di Parkinson
- Gravi Ustioni

- Coma

In ogni caso la Second Opinion internazionale potrà essere attivata anche per tutte quelle patologie che siano ritenute di rilevante rischio ai fini dello stato di salute dell'Assistito.

Il servizio telefonico e di eventuale traduzione della cartella clinica non comporta costi per l'Assistito.

CONDIZIONI GENERALI

1. Non è richiesta la compilazione di questionario sanitario.
2. Non vi sono termini di aspettativa.
3. La copertura assicurativa ha una durata biennale, con decorrenza dalle ore 00.00 del giorno 01° agosto 2017 per tutti i dipendenti iscritti al Fondo dalle Aziende e dalle Organizzazioni, nonché per gli altri beneficiari identificati dalla presente polizza, alle ore 24.00 del giorno 31 luglio 2019. Sani-Fonds potrà richiedere la proroga della copertura per un ulteriore biennio, dalle ore 00.00 del 1° agosto 2019 alle ore 24.00 del giorno 31 luglio 2021, facendo pervenire apposita richiesta scritta alla Società almeno 180 giorni prima della naturale scadenza del contratto.
4. Le garanzie assicurative sono estese, in caso di malattia ed infortunio, non solo a tutti i Paesi dell'UE, ma a tutto il mondo, al fine di garantire all'Assistito la piena accessibilità ai Centri di eccellenza disponibili in ciascuna specializzazione.
5. Sono sempre esclusi:
 - i. gli infortuni dovuti a tentato suicidio od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
 - ii. le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
 - iii. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: gli sport aerei, motoristici, automobilistici, free-climbing su roccia, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
 - iv. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
 - v. 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;
 - vi. 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;
 - vii. le conseguenze di eruzioni vulcaniche, inondazioni e maremoti;
 - viii. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
6. Per i dipendenti in servizio ed il relativo coniuge fiscalmente a carico non sono previsti limiti di età.
7. Per i proscrittori volontari ed il relativo coniuge fiscalmente a carico, l'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 80° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 81° anno d'età da parte dell'Assicurato.
8. A conferma di quanto già precisato in polizza, le sole prestazioni riferite a Urologia, Dermatologia, Ginecologia e Stati di non autosufficienza temporanea sono riferite al titolare, mentre tutte le altre sono riferite al nucleo.
9. Per tutte le prestazioni oggetto della presente polizza, qualora il titolare (rispettivamente il nucleo) si rivolga a strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il servizio sanitario, la prestazione verrà erogata in base al solo ticket presentato, e quindi non sarà necessario un certificato medico specialistico, e tutti i ticket verranno completamente rimborsati nel massimale di volta in volta assicurato.