

<b>POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE FAD</b>		
<b>PRESTAZIONI e RIMBORSI</b>		<b>MASSIMALI ANNO/NUCLEO</b>
<b>AREA RICOVERO</b>	<p><b>Ricovero con intervento chirurgico in istituto di cura ambulatorio, Day Hospital, parto cesareo, aborto terapeutico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>onorari dei chirurghi, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento compresi apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento stesso</li> <li>prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici effettuati durante il ricovero o day hospital o in ambulatorio</li> <li>per le rette di degenza</li> <li>gli esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei <b>120 gg precedenti</b> e relativi al ricovero</li> <li>esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuate nei <b>120 gg successivi al ricovero</b> purchè direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio</li> <li>Prelievo di organi o parte di essi, ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure medicinali e rette di degenza</li> </ul>	<p><b>€ 200.000</b></p> <p><b>€ 500.000 in caso di grandi interventi chirurgici</b></p> <p>Scoperto del 20% con il minimo di € 515 e il massimo di € 2.070 per evento (minimo da non applicarsi in caso di convenzionamento diretto della struttura e dell'equipe medica)</p> <p>No scoperto in caso di: intervento chirurgico ambulatoriale e di ricovero senza intervento chirurgico con degenza in regime Day Hospital</p>
<b>AREA RICOVERO</b>	<p><b>Ricovero senza intervento chirurgico in istituto di cura Day Hospital, parto fisiologico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali e accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital</li> <li>Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei <b>120 gg</b> precedenti il ricovero, purchè inerenti alla malattia o all'infortunio</li> <li>Rette di degenza</li> <li>Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuate nei <b>120 gg successivi</b> alla dimissione dal ricovero purchè direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio</li> </ul>	<p>In caso di ricovero presso SSN in regime di libera professione intramoenia o con pagamento della sola "differenza di classe", il rimborso avviene senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.</p>
<b>SOTTOLIMITE AL RICOVERO</b>	<b>Trasporto dell'assicurato in Italia e all'estero</b>	<b>€ 2.600</b>
	<b>Retta dell'accompagnatore:</b> Vitto e pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera	<b>€ 55 al giorno con il massimo di 60 gg</b>
	<b>Assistenza infermieristica domiciliare</b>	<b>€ 30 al giorno per un massimo di 30 gg</b>
	<b>Ricoveri per appendiciti, adenoidi, tonsilliti, varici, ernie, (escluse ernie del disco comportanti intervento) emorroidi, ragadi e fistole anali</b>	<b>€ 5.000 (franchigia/scoperto ospedaliera)</b>

<b>POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE FAD</b>		
	<b>PRESTAZIONI e RIMBORSI</b>	<b>MASSIMALI ANNO/NUCLEO</b>
	<b>Diaria sostitutiva</b> Vengono liquidate anche le spese pre/post ricovero senza applicazione di scoperto o franchigia	€ 105 al giorno per max 180 gg
<b>FUORI RICOVERO</b>	<b>Spese extraricovero</b> Amniocentesi, accertamenti/ esami endoscopici, cistografia, clisma opaco, colangiografia endovenosa, captazione tiroidea, cobaltoterapia, chemioterapia, crioterapia, diagnostica radiologia, dialisi, doppler, ecografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, holter cardiologico, laserterapia, risonanza magnetica nucleare (RMN), radioterapia ad acceleratore lineare, scintigrafia, TAC, urografia, villocentesi. <b>Sottolimiti per le seguenti prestazioni:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite specialistiche ed esami</li> <li>• Trattamenti psicoterapici (colloqui continuativi)</li> </ul>	€ 2.800  Scoperto 20% minimo € 52 per evento  <b>sottolimiti</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• € 750 scoperto 40%</li> <li>• € 1.000 scoperto 40%</li> </ul>
	<b>Ticket sanitari</b>	<b>Senza scoperto nel massimale di cui sopra</b>
	<b>Indennità per gravi malattie:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. infarto miocardico acuto</li> <li>2. Ictus cerebrale</li> <li>3. tumore</li> </ol>	€ 2.500 (la prima diagnosi deve essere successiva all'01/01/2009)
<b>ALTRO</b>	<b>Cure dentarie e paradentopatie a seguito di infortunio</b>	€ 1.600 (dietro presentazione di certificato di PS)
	<b>Cure dentarie, odontoiatriche e ortodontiche</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cure, estrazioni e protesi odontoiatriche</li> <li>• Prestazioni ortodontiche, apparecchi odontoiatrici</li> </ul>	€ 1.600 in rete e fuori rete <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scoperto del 35% con franchigia minima di € 200</li> <li>• Scoperto del 67% con minimo di € 75 per sinistro o ciclo di cura</li> </ul>
	<b>Protesi</b> Protesi ortopediche e/o apparecchi acustici	€ 1.400
	<b>Interventi chirurgici di Correzione visus</b> Per seguenti vizi di rifrazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>- miopia deficit visivo superiore alle 4 diottrie</li> <li>- ipermetropia, presbiopia e/o astigmatismo deficit superiore alle 3 diottrie</li> </ul> Spese sostenute nei 30 gg prima e dopo	€ 800 per occhio Scoperto del 10% per sinistro
	<b>Lenti e occhiali</b> Lenti, lenti a contatto e occhiali a seguito di certificazione medica	€ 105 per persona con scoperto del 20%
	<b>Corso di preparazione al parto</b>	€ 260
	<b>Assegno funerario</b>	€ 1.035

## FAQ: domande frequentemente poste agli operatori del customer service

---

### **1 - Quali sono le differenze tra Ricovero - Day Hospital ed Intervento ambulatoriale?**

Si intende ricovero la degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento; Day Hospital è la degenza che invece viene effettuata in regime diurno. In caso di ricovero o DH la struttura ospedaliera è tenuta, dietro richiesta, ad emettere cartella clinica che deve essere presentata ai fini del rimborso.

Viene invece considerato intervento ambulatoriale l'intervento chirurgico effettuato senza ricovero/day hospital bensì in ambulatorio medico, in questo caso non viene emessa alcuna cartella clinica bensì ai fini del rimborso deve essere inoltrata una scheda dell'intervento. Di seguito alcuni esempi: crioterapia, laserterapia (non riabilitativa), esame endoscopico con biopsia, diatermocoagulazione ecc..

### **2 - Il periodo di osservazione in Pronto Soccorso è considerato ricovero o day hospital?**

No, le ore di osservazione in PS, seppur prolungate per una notte o più, non sono equiparabile a ricovero o DH. In questi casi infatti la struttura ospedaliera non emette Cartella clinica.

### **3 - Le spese sostenute per il monitoraggio della gravidanza sono rimborsabili?**

No, la polizza prevede il rimborso delle prestazioni elencate solo se effettuate a seguito di malattia od infortunio.

La gravidanza non è una malattia bensì uno stato fisiologico pertanto le relative prestazioni non sono risarcibili.

Viene invece considerata malattia la gravidanza a rischio.

### **4 - Amniocentesi e villocentesi sono rimborsabili?**

La polizza prevede il rimborso di queste prestazioni solo dietro certificato attestante la sospetta malformazione del feto.

### **5 - Sono rimborsabili tutti i tipi di esami?**

La polizza prevede il rimborso dei soli accertamenti elencati all'articolo n. 5.3 lettera A e dei soli esami di laboratorio come da articolo n. 5.3 lettera B. Ulteriori accertamenti, esami che non siano di laboratorio ed altre prestazioni non elencate non rientrano in garanzia.

### **6 - Tutti i ticket sono rimborsabili al 100%?**

Sono rimborsabili i soli ticket relativi alle prestazioni previste dalla copertura all'articolo n. 5.3.

## **7 - Quale documentazione deve essere presentata ai fini del rimborso dei trattamenti psicoterapici?**

Ai sensi dell'art. 5.3 lettera C è necessario presentare:

- prescrizione medica con diagnosi rilasciata da medico specialista (la specializzazione deve essere attinente alla patologia dichiarata);
- fattura in originale relativa a trattamenti/colloqui continuativi (le sole visite non sono rimborsabili) emessa da medico specialista abilitato alla psicoterapia o da psicoterapeuta iscritto all'albo

## **8 - Sono rimborsabili tutti i tipi di visite?**

Sono rimborsabili le sole visite effettuate da medico specialista iscritto all'albo (no medici senza specializzazione o altre figure) a seguito di malattia/infortunio.

## **9 - Gli ausili sanitari ed i presidi ortopedici sono rimborsabili?**

No, prodotti quali tutori, plantari, stampelle ecc. non rientrano in garanzia. La polizza prevede il rimborso delle sole protesi ortopediche ovvero componenti atte a sostituire in parte o completamente un segmento scheletrico del corpo umano (es: un arto, una falange).

## **10 - La fisioterapia è rimborsabile?**

Le prestazioni fisioterapiche rientrano in garanzia solo se effettuate nei 120 gg successivi ad un ricovero ed attinenti alla patologia dello stesso.

## **11 - Quale tipo di laserterapia è prevista all'articolo n. 5.3 lettera A?**

La laserterapia citata all'articolo sopra indicato è da intendersi quale riabilitativa dell'apparato muscolo scheletrico.

Altre tipologie di laserterapia volte alla rimozione di nei, verruche, cisti, fibromi, condilomi, cicatrici cheloidi, esiti di acne ecc. sono da considerarsi interventi chirurgici ambulatoriali; la relativa liquidabilità verrà valutata nella garanzia "ricovero" una volta accertata la presenza di patologia (le prestazioni di carattere estetico non verranno liquidate).

## **12 - Le prestazioni effettuate per infertilità/sterilità sono rimborsabili?**

L'infertilità è la mancanza di concepimento dopo 12 mesi di rapporti liberi non protetti; la sterilità è l'incapacità biologica da parte di un uomo o di una donna di contribuire al concepimento.

Entrambe le voci non sono considerate una malattia pertanto le relative prestazioni non sono rimborsabili. Verrà valutata la liquidabilità di visite, accertamenti ed esami di laboratorio effettuati a seguito di una patologia accertata o presunta che potrebbe aver causato l'infertilità/sterilità.

## **13 - Quali prestazioni rientrano nella garanzia "cure dentarie odontoiatriche e ortodontiche?"**

Nei limiti e con gli scoperti previsti dall'articolo 5.6 sono rimborsabili:

- cure estrazioni e protesi odontoiatriche

- prestazioni ortodontiche, compresi gli apparecchi odontoiatrici

A titolo di esempio sono considerate cure: le otturazioni, le ricostruzioni, i trattamenti canalari.  
Per protesi si intendono: le protesi fisse o mobili, le corone, i ponti, gli intarsi, i perni e i monconi  
Gli apparecchi odontoiatrici possono essere fissi o mobili.  
E' compresa inoltre l'ablazione del tartaro.

Sono però escluse l'igiene orale, lo sbiancamento e la sigillatura dei denti e il bite.

La sola visita dal dentista è rimborsabile ex articolo 5.3 "visite specialistiche".