REALE MUTUA
FONDATA NEL 1828 / Via Corte d'Appello, 11 - 10122 Torino (Italia) / Tel. +39 011 4311111
Fax +39 011 4350966 / realemutua@pec.realemutua.it - www.realemutua.it
Servizio assistenza "Buongiorno Reale": 800 320320 - buongiornoreale@realemutua.it
REALE GROUP

Proposta Copertura Rimborso Spese Mediche – Personale Tecnico amministrativo dell'Università di Messina.

Copertura base - Prodotto: Benefit Salute Mod. 5118 MAL ed. 01/2019

Contraente: Cassa AASSOD per conto dell'Università di Messina

Assicurati: la totalità dei dipendenti attivi , con qualifica di personale tecnico amministrativo, dell'Università di Messina.
Estensione al nucleo familiare: è prevista l'adesione volontaria della totalità dei componenti del nucleo familiare, nella seguente accezione: coniuge - convivente more uxorio (anche dello stesso sesso) - figli fiscalmente a carico tutti conviventi con il Dipendente, come risultanti dal certificato anagrafico "stato di famiglia". Qualora il Dipendente risulti legalmente separato/divorziato, i figli a carico si intendono compresi nel nucleo anche qualora non conviventi o non inseriti nel certificato Stato di famiglia. In caso di sinistro, su richiesta di Reale Mutua, il Dipendente dovrà dimostrare che i figli risultino a carico. Sono equiparati ai figli i soggetti in affidamento temporaneo preadottivo con espresso provvedimento di assegnazione diretta da parte del Giudice Tutelare al Dipendente.

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente Opzione di Copertura.					
SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE					
3.1	**Area RICOVERO**		**Operatività**	**Massimali per annualità assicurativa**	**Limiti indennizzo (Franchigie, Scoperti, Limiti temporali)**
3.1. I	**Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia**		– Network – Extranetwork – SSN	€ 100.000 (Massimale unico per tutte le prestazioni di cui alla garanzia 3.1.I) per Assicurato/nucleo familiare	– **network: scoperto 10%, minimo € 1.000** – **extranetwork: scoperto 15%, minimo € 2.000, con il limite di € 150 die per retta di degenza**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			Rimborso integrale delle spese effettuate nei 90 precedenti e successivi al ricovero
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. II	**Ricovero e/o intervento chirurgico (diverso da Grave Patologia)**		– Network – Extranetwork	nell'ambito del massimale di	Indipendentemente dalla tipologia di struttura sanitaria

	3.1.i)	Indennità giornaliera	– SSN	cui al punto 3.1. I per Assicurato/nucleo familiare	utilizzata, viene riconosciuta unicamente una diaria di € 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. III	**Parto cesareo**		– Network – Extranetwork – SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I per Assicurato/nucleo familiare	Indipendentemente dalla tipologia di struttura sanitaria utilizzata, viene riconosciuta unicamente una diaria di € 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
	3.1.i)	Indennità giornaliera			
3.1. IV	**Parto non cesareo, aborto terapeutico/spontaneo/post-traumatico**		– Network – Extranetwork – SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I per Assicurato/nucleo familiare	Indipendentemente dalla tipologia di struttura sanitaria utilizzata, viene riconosciuta unicamente una diaria di € 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
	3.1.i)	Indennità giornaliera			
3.2	**Area EXTRARICOVERO**				
3.2.A	**Diagnostica e terapie di alta specializzazione**		– Network – Extranetwork – SSN	€ 3.000 per Assicurato/nucleo familiare	– network: franchigia € 70 – extranetwork: scoperto 15%, minimo € 100 – SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.E	**Cure oncologiche**		– Network – Extranetwork – SSN	€ 5.000 per Assicurato/nucleo familiare	– network: scoperto 10% – extranetwork: scoperto 15% – SSN: Rimborso integrale tickets
SEZIONE ASSISTENZA					
	operante				
SEZIONE LTC					
	Rendita € 325 al mese per tre anni (operante esclusivamente a favore del Dipendente anche in caso di estensione al nucleo familiare)				

TERMINI DI CARENZA - LIMITI DI COPERTURA

La garanzia decorre:

- per le patologie preesistenti, dalle ore 24 del 90° giorno di effetto dell'assicurazione (o del successivo inserimento in copertura);
- per il parto e le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione (o del successivo inserimento in copertura). Se il concepimento viene provato, da adeguata documentazione medica, essere successivo alla decorrenza dell'assicurazione, la garanzia - con riferimento agli eventi citati - è prestata nei termini normalmente previsti (rischio compreso).

- per gli infortuni e per le malattie diverse da quelle riportate agli alinea precedenti, dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione (o del successivo inserimento in copertura).

In caso di ricovero, intervento chirurgico o di altre prestazioni sanitarie previste in polizza verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, i limiti di operatività della garanzia di cui al presente punto si intendono operanti anche per prestazioni ad esse connesse ed effettuate oltre i suddetti periodi.

PATOLOGIE PREESISTENTI:

- dipendenti: comprese
- familiari: comprese con applicazione di uno scoperto del 50%.

Tale limitazione :

- sostituisce, ove previsti, gli eventuali diversi scoperti/franchigie;
- si applica anche in caso di rimborso e di tickets.

DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

La presentazione della denuncia con relativa prescrizione medica e documentazione di spesa implica contestualmente la chiusura del sinistro. Pertanto, l'invio di ulteriore documentazione dopo che è stata presentata la denuncia equivale a tutti gli effetti ad apertura di un nuovo sinistro.
Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo Assicurato e ad un solo evento patologico; unicamente in caso di richiesta di rimborso dei tickets per prestazioni fruite presso il Servizio Sanitario Nazionale, è ammessa un'unica denuncia relativa a differenti eventi patologici purché comunque riferiti al medesimo Assicurato.
In ogni caso non sono ammesse a rimborso/indennizzo denunce di sinistro pervenute oltre il termine di 180 giorni dalla data di scadenza della presente polizza o dalla data di uscita dalla copertura del singolo Assicurato.

PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE PER BENEFIT SALUTE

AREA RICOVERO

PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DIRETTO DA PORTALE WEB

L'Assicurato, qualora disponga di un accesso ad internet può effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni dell'area ricovero - per le quali sia prevista la liquidazione in forma diretta - con modalità web, accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.blueassistance.it, almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione.
L'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve selezionare:

- l'Assicurato per cui si richiede la prestazione
- la tipologia di prestazione richiesta
- la data della prestazione
- la struttura presso la quale verrà effettuata la prestazione

Completata la sezione dati, l'Assicurato deve allegare la prescrizione medica e l'eventuale documentazione integrativa utile per la valutazione della prestazione.
Una volta confermati ed inviati i dati inseriti tramite l'apposito pulsante, il sistema invierà la richiesta di attivazione a Blue Assistance.
Blue Assistance fornirà all'Assicurato una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 48 ore prima della prestazione.

PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DIRETTO DA CALL CENTER

In alternativa alla modalità sopra descritta, prima di accedere alla struttura sanitaria l'Assicurato può telefonare - con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi (elevati a 5 giorni lavorativi se all'Estero) prima della data del ricovero - a Blue Assistance ai seguenti numeri telefonici dichiarando di essere assicurato con il prodotto Benefit Salute:

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
800 894111	+39 011 7417499

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è

essenziale - al fine di ottenere la prestazione in forma diretta - che l'Assicurato acceda alle strutture sanitarie e ai medici chirurghi convenzionati per il presente prodotto esclusivamente per il tramite di Blue Assistance, in mancanza del quale il servizio non è operante.
Blue Assistance é a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

AREA EXTRARICOVERO

L'Assicurato, per effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni dell'area extra ricovero - per le quali sia prevista la liquidazione in forma diretta - dovrà accedere alla propria Area Riservata del sito www.blueassistance.it, almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione.
L'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve selezionare:

- l'Assicurato per cui si richiede la prestazione
- la tipologia di prestazione richiesta
- la data della prestazione
- la struttura presso la quale verrà effettuata la prestazione

Completata la sezione dati, l'Assicurato deve allegare la prescrizione medica e l'eventuale documentazione integrativa utile per la valutazione della prestazione.
Una volta confermati ed inviati i dati inseriti tramite l'apposito pulsante, il sistema invierà la richiesta di attivazione a Blue Assistance.
Blue Assistance fornirà all'Assicurato una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 48 ore prima della prestazione.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, l'Assicurato si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione", che costituisce la prima denuncia del sinistro.
Al momento della dimissione l'Assicurato deve sostenere in proprio le eventuali spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).
Blue Assistance provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; Blue Assistance curerà in seguito la restituzione all'Assicurato della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione.
Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto, prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.
Blue Assistance è comunque a completa disposizione del Contraente e degli Assicurati per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.
Resta inteso che:

- le spese relative alle prestazioni sanitarie garantite nei giorni precedenti e successivi al ricovero o all'intervento chirurgico previste ai punti 3.1.a), 3.1.c) non sono pagate direttamente, ma rimborsate - al netto degli scoperti/franchigie previsti - al ricevimento della relativa documentazione di spesa e copia della cartella clinica completa in caso di ricovero, o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, copia della relazione dell'intervento;
- nel caso in cui Blue Assistance non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese, la cui rimborsabilità sarà valutata a posteriori da Blue Assistance;
- rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa;

- l'Assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance, delega Reale Mutua a pagare o far

pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;
- qualora il sinistro risultasse non indennizzabile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE E MEDICI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE PER BENEFIT SALUTE

Qualora l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati presso una struttura sanitaria convenzionata, Blue Assistance paga direttamente la struttura sanitaria, mentre l'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico- chirurgica, che verranno rimborsate previa applicazione degli scoperti/franchigie previsti.

PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI ENTRAMBI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE PER BENEFIT SALUTE

Fermo quanto stabilito dagli artt. 1910 (assicurazione presso diversi assicuratori), 1915 (inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio) e 2952 (Prescrizione in materia di assicurazione) del Codice Civile, l'Assicurato deve - a prestazione effettuata - inviare la denuncia a Blue Assistance o, in alternativa, utilizzando la modalità "Upload" di seguito dettagliata, denuncia alla quale va allegata la documentazione medica e delle spese.
In particolare l'Assicurato deve fornire a Blue Assistance:
- copia della cartella clinica completa, esiti di accertamenti diagnostici, prescrizioni mediche, terapie e trattamenti con relative diagnosi;
- copia delle fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate.

RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE UPLOAD

L'Assicurato, potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it.
La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale.
La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.
La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.
L'Assicurato può verificare in ogni momento - tramite l'accesso all' Area personale riservata - lo stato di avanzamento delle sue pratiche di rimborso.

RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE TRASMISSIONE CARTACEA

In alternativa alla procedura sopra descritta, qualora l'Assicurato non disponga di un accesso ad internet, è possibile spedire i suddetti documenti in formato cartaceo presso Blue Assistance al seguente indirizzo: via Santa Maria, 11 - 10122 Torino.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.
Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.
La diagnosi della patologia deve essere sempre fornita, pena la decadenza del diritto all'indennizzo, in relazione alle Prestazioni Extraricovero di cui ai punti 3.2. A, E.
Ricevuta la documentazione completa di cui sopra (medica e di spesa), Blue Assistance provvede al rimborso delle spese indennizzabili a termini di polizza entro il termine di 30 giorni.

Rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa.

RICOVERO A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – RICOVERO DIVERSO DA GRAVE PATOLOGIA – PARTO CESAREO - PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO/POST TRAUMATICO

Per il pagamento della diaria giornaliera o dell'indennità sostituiva del rimborso, occorre fornire a Blue Assistance la cartella clinica completa del ricovero.

Premi annui lordi unitari:

- Dipendente: € 220,00
- Familiare: € 220,00
- Figli di età inferiore a 18 anni: € 160,00

Premio annuo anticipato: € 136.180,00 – calcolato su 619 dipendenti iniziali, con regolazione al termine dell'annualità assicurativa, nei seguenti termini:

- 100% del premio annuo per gli ingressi avvenuti nel primo semestre dell'annualità assicurativa;
- 60% del premio annuo per gli ingressi avvenuti nel secondo semestre dell'annualità assicurativa

Modalità di adesione dei nuclei familiari: l'adesione dei nuclei familiari (la totalità dei componenti) potrà essere esercitata entro 90 giorni dalla data di decorrenza della polizza, previo versamento del relativo premio. La copertura avrà comunque effetto dalla data di decorrenza della polizza.
Per il periodo sopra indicato, entro la prima settimana di ciascun mese, dal momento di effetto della polizza, l'Università si impegna a trasmettere alla Società un aggiornamento del tracciato record informatico – compilato secondo le istruzioni fornite dalla Società – contenente le anagrafiche dei componenti dei nuclei familiari che hanno aderito alla copertura;
Si precisa che la Società non potrà garantire l'erogazione delle prestazioni per le quali sia prevista la liquidazione in forma diretta nei confronti dei singoli Assicurati, fino al momento della trasmissione dei relativi dati anagrafici nei termini sopra indicati.
Entro 15 giorni dal termine di ciascun mese dal momento di decorrenza della polizza, la Società, in base alle comunicazioni ricevute, provvederà all'emissione dell'appendice di incasso, computando a debito del Contraente i premi conteggiati nei termini sopra descritti.
Per i dipendenti neo-assunti che entrano in copertura successivamente alla data di decorrenza della polizza, l'adesione del nucleo familiare dovrà essere comunicata entro 15 giorni dalla data di assunzione.

Cordiali saluti.
Torino, 6 aprile 2022

La presente offerta/autorizzazione ha validità temporale limitata a 60 giorni decorrenti dalla data di invio della presente.

ELENCO GRAVI PATOLOGIE

PATOLOGIA	*PRONTUARIO DIAGNOSTICO*
Malattia oncologica maligna o cancro	Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. **Sono tuttavia escluse la leucemia linfatica cronica, e i tumori cutanei basocellulari (basaliomi) e il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ).** La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da specifica e circostanziata certificazione ospedaliera.
Coronaropatia con necessità di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche	Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di una o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di angina pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o esami diagnostici similari.
Infarto del miocardio	Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri: ♦ ripetuti dolori al torace; ♦ cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto; ♦ aumento degli enzimi cardiaci.
Steno-insufficienza delle valvole cardiache, aneurismi cardiaci, ferite o corpi estranei del cuore, tamponamento cardiaco, sostituzioni valvolari, pericardiectomia, con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di Pronto Soccorso.
Ictus cerebrale (colpo apoplettico)	Accidente cerebro-vascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante dall'infarto e morte del tessuto cerebrale dovuta all'ostruzione di un vaso intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale. Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate e gli attacchi ischemici transitori (TIA) sono esclusi. La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da T.A.C. o R.M.N., EEG (elettroencefalogramma).

PATOLOGIA	*PRONTUARIO DIAGNOSTICO*
Aneurismi o stenosi o rotture dell'aorta toracica o addominale o delle arterie renali o delle arterie endocraniche o della vena cava superiore o vena cava inferiore con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Pancreatite acuta	Forma di pancreatite caratterizzata da necrosi, suppurazione, gangrena ed emorragia, con esordio improvviso caratterizzata da dolori addominali, nausea e vomito. La diagnosi deve essere confermata dagli esami e da referto di T.A.C. o R.M.N..
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: ♦ **cuore** ♦ **polmone** ♦ **fegato** ♦ **pancreas** ♦ **rene**	La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.
Ustioni gravi	Ustioni di terzo grado dovute ad infortunio ed estese almeno al 40% della superficie corporea.
Sclerosi multipla o a placche	Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale. E' richiesta una diagnosi di uno specialista neurologo che confermi chiari episodi deficitari neurologici con alterazioni della coordinazione motoria e/o sensoriale ed implicanti un punteggio "EDSS" maggiore di 5.
Distrofia muscolare	La distrofia muscolare si riferisce ad un gruppo di miopatie generiche degenerative caratterizzate da astenia ed atrofia del muscolo senza coinvolgimenti del sistema nervoso. I diversi tipi si distinguono a seconda dell'epoca di insorgenza, localizzazione e progressione della malattia. La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, nutrirsi, muoversi e vestirsi.
Fratture vertebrali, delle ossa faciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.

PATOLOGIA	*PRONTUARIO DIAGNOSTICO*
Patologie epatiche che richiedono resezioni chirurgiche	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del pancreas che richiedono intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del Sistema Nervoso Centrale che richiedono craniotomia	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N.
Epatite acuta con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Tumori benigni polmonari con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.

PATOLOGIA	*PRONTUARIO DIAGNOSTICO*
Patologie del timo che richiedono intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: ♦ emo-trasfusioni periodiche; ♦ terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; ♦ trapianto di midollo osseo. La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da infortunio o malattia. La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.
Coma irreversibile	Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da cartella clinica completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
Ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso ricovero in Unità Coronarica)	Infortuni, gravi malori improvvisi che necessitano di ricovero in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.

ELENCO ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Accertamenti diagnostici:

- Angiografia
  - carotidea o vertebrale;
  - flebografia;
  - linfografia;
  - midollare;
  - panangiografia.

- Accertamenti neurologici
  - elettroencefalogramma.

- Accertamenti cardiologici
  - ECG Holter;
  - ecocardiogramma o ecocardiodoppler o ecocardiocolordoppler.

- RMN (risonanza magnetica nucleare)
  - addome;
  - angio o wirsung rmn;
  - arti o articolazioni:
  - cervello o flussi liquorali;
  - mammella;
  - muscoloscheletrica;
  - rachide o midollo;
  - torace;
  - total body.

- Scintigrafia
  - angiocardioscintigrafia o angiografia cardiaca;
  - angioscintigrafia o fleboscintigrafia;
  - cerebrale;
  - cisternoscintigrafia o cistoscintigrafia;
  - globale corporea;
  - immunoscintigrafia;
  - linfoscintigrafia;
  - mammaria;
  - miocardio;
  - PET;
  - polmonare;
  - renale o surrenale o epatobiliare o epatosplenica o splenica o epatica;
  - spect;
  - tiroidea.

- TAC (Tomografia assiale computerizzata)
  - angio T.C.;
  - artrotac;
  - broncoscopia;
  - colonna;
  - colonscopia;
  - mielo T.C.;
  - O.C.T.;
  - PET;
  - stratigrafia;
  - torace o addome;
  - total body.

- Accertamenti radiologici (RX)
  - Urografia.

Terapie:

- dialisi (massimo 15 applicazioni per periodo assicurativo e per *Assicurato*).