

CAPITOLATO TECNICO SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA COMPLEMENTARE INTEGRATIVA A FAVORE DEL PERSONALE MILITARE IN SERVIZIO DEL MINISTERO DELLA DIFESA E DELLA CAPITANERIA DI PORTO, CON POSSIBILITA' DI ESTENSIONE AD ATTIVAZIONE FACOLTATIVA PER I FAMILIARI DEL PERSONALE IN SERVIZIO E PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA E RELATIVI FAMILIARI ("PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA").

1. PREMESSA

Il presente Capitolato disciplina gli aspetti tecnico-giuridici dei servizi di assistenza sanitaria integrativa e complementare (Piano di Assistenza Sanitaria) in favore del **personale militare in servizio** del Ministero della Difesa e della Capitaneria di Porto, erogati dall'aggiudicatario idoneo a sottoscrivere il Contratto, individuato, a seguito di procedura di gara aperta in ambito UE, tra i soggetti iscritti all'anagrafe di cui al Decreto del ministero del Lavoro del 27/10/2009.

Per le modalità di adesione al piano Sanitario della Cassa/Fondo/Ente/Società di Mutuo Soccorso si rimanda al successivo punto 4.

2. FINALITÀ DEL SERVIZIO

Lo scopo del Piano Assistenza Sanitaria (Piano BASIC) oggetto dell'appalto è quello di garantire la tutela sanitaria a favore del predetto personale, mediante erogazione di contributi economici per i casi di malattia e di infortunio secondo le condizioni e le modalità descritte nel presente Capitolato. Costituiscono altresì oggetto del presente Appalto i seguenti Piani di Assistenza Sanitaria individuali attivabili su base volontaria e con oneri a carico degli interessati:

- estensione del Piano di assistenza BASIC al nucleo familiare del personale militare in servizio;
- estensione del Piano di assistenza BASIC al personale militare in congedo o in ARQ ed al relativo nucleo familiare;
- attivazione della Piano di assistenza PLUS per tutte la categorie, ossia personale militare in servizio, loro familiari, personale militare in congedo o ARQ e loro familiari.

3. ASSISTITI, CONTRIBUTO, MASSIMALE/LIMITE DI ASSISTENZA, SCOPERTO, FRANCHIGIA INDENNIZZO/ INDENNITÀ

Il Piano di Assistenza Sanitaria è prestato, indipendentemente dall'età, in favore del **personale militare in servizio** dell'Esercito Italiano, della Marina Militare, dell'Aeronautica Militare, dell'Arma dei Carabinieri e del Corpo delle Capitanerie di Porto (d'ora in avanti rispettivamente denominati "**Piano BASIC 1**" e "assistiti Piano Basic 1").

La Cassa/Fondo/Ente/Società dovrà altresì consentire la sottoscrizione del citato Piano Basic, alle stesse condizioni tecniche, anche da parte del nucleo familiare del militare assistito, intendendosi per nucleo familiare (d'ora in poi "**Piano Basic 2**" e "assistiti Piano Basic 2") il coniuge non legalmente separato o divorziato, l'unito civilmente, il convivente *more uxorio* e i figli conviventi – legittimi o legittimati o naturali o adottivi - o non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età e identificabili attraverso i dati fiscali (dichiarazioni dei redditi). Per il suddetto PIANO Basic 2, il contributo contrattuale lordo pro capite, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, oggetto di quotazione obbligatoria da parte della Cassa/Fondo/Ente/Società in sede di presentazione dell'offerta

per il Piano Basic 1 e come tale riportato in contratto, sarà completamente a carico dell'assistito che ha fatto richiesta di aderire.

La Cassa/Fondo/Ente/Società dovrà inoltre consentire la sottoscrizione del citato Piano Basic 1, alle stesse condizioni tecniche, anche da parte del personale militare del Ministero della Difesa e delle Capitanerie di Porto in congedo o in ARQ, e al relativo nucleo familiare (d'ora in poi "**Piano Basic 3**" e "assistiti Piano Basic 3"), intendendosi per nucleo familiare il coniuge non legalmente separato o divorziato, l'unito civilmente, il convivente *more uxorio* e i figli conviventi – legittimi o legittimati o naturali o adottivi - o non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età e identificabili attraverso i dati fiscali (dichiarazioni dei redditi). Per il PIANO Basic 3 il contributo contrattuale lordo pro capite, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, oggetto di quotazione obbligatoria da parte della Cassa/Fondo/Ente/Società in sede di presentazione dell'offerta per il Piano Basic 1 e come tale riportato in contratto, sarà completamente a carico dell'assistito che ha fatto richiesta di aderire.

Nel caso di genitori entrambi Militari, i figli possono essere compresi nella garanzia del nucleo di un solo genitore.

Nel caso dell'assistenza prestata a favore del personale militare in servizio, il contributo contrattuale lordo, comprensivo di ogni onere fiscale e quota di adesione, sarà completamente a carico dell'Amministrazione.

Nel caso dell'assistenza prestata a favore del nucleo familiare del militare in servizio, del personale militare in congedo o in ARQ e del nucleo familiare del personale militare in congedo o in ARQ, il contributo contrattuale lordo pro capite, comprensivo di ogni onere fiscale e quota di adesione, sarà completamente a carico dell'assistito che ha fatto richiesta di aderire al Piano Sanitario.

La Cassa/Fondo/Ente/Società si obbliga infine a fornire un servizio di assistenza sanitaria aggiuntivo (d'ora in poi **Piano di assistenza Plus**) con le prestazioni (descritte più avanti nel presente Capitolato) ulteriori rispetto a quelle previste dal Piano Basic, al contributo pro capite contrattuale lordo, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, indicato in sede di presentazione dell'offerta, con le modalità dettagliate nel Disciplinare di gara il cui importo è riportato in contratto.

La Cassa/Fondo/Ente/Società dovrà consentire la sottoscrizione del suddetto Piano PLUS, alle condizioni tecniche ed economiche fissate nel presente capitolato e nel Contratto, a tutti gli assistiti dei Piani Basic (d'ora in poi "Piano PLUS" e "assistiti Piano PLUS"). Per il suddetto PIANO PLUS, il contributo contrattuale lordo pro capite, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, sarà completamente a carico dell'assistito che ha fatto richiesta di aderire. Si precisa che l'importo del contributo da versare per il Piano plus è aggiuntivo rispetto a (vale a dire NON include) quello corrisposto dall'Amministrazione o dall'assistito per i Piani BASIC.

Nell'ambito dei citati Piani, l'assistenza è operante:

- per gli "assistiti Piano "Basic 1" *indipendentemente dalle condizioni fisiche*;
- *senza limitazioni territoriali* per tutti gli assistiti;
- per gli "assistiti Piano Basic 3" (e per le adesioni dei medesimi al Piano PLUS) *fino al compimento del 75° anno di età* (inteso fino al termine dell'anno assistenziale nel quale l'assistito ha compiuto i 75 anni).

4. DURATA DELLA PRESTAZIONE E CONTRIBUTI

Tutte le coperture (Basic 1, Basic 2, Basic 3 e Plus) hanno durata semestrale e tutti i relativi contributi sono commisurati alla durata semestrale.

Tutte le coperture, a prescindere dalla data di adesione e/o di decorrenza, avranno inderogabilmente termine alla data di scadenza indicata in contratto, con pagamento del contributo contrattuale su base semestrale previsto per ciascuna polizza.

In caso di cessazione dal servizio attivo per passaggio in una delle posizioni del congedo o in ARQ, il personale in servizio manterrà la copertura Basic 1 fino a scadenza del contratto, proroghe incluse. In considerazione che il Piano di Assistenza non viene modificato fino alla scadenza del contratto, proroghe incluse, le esclusioni intercorse avranno efficacia solo in caso di eventuale ripetizione ai sensi dell'art. 76, c. 6 del D. Lgs. n. 36/2023.

5. ADESIONE DEL DIPENDENTE, INCLUSIONI DI FAMILIARI, ESCLUSIONI

5.1 Adesione e inclusione di familiari

L'adesione del Militare al **Piano BASIC 1** avviene in automatico al momento dell'attivazione del servizio di assistenza sanitaria, nei termini indicati in contratto.

Le eventuali adesioni alle polizze **BASIC 2, BASIC 3 e PLUS**, potrà avvenire a scelta e a carico dell'Assistito nei termini di cui al presente capitolato.

Le adesioni volontarie alle polizze **BASIC 2, BASIC 3 e PLUS** comunicate entro 45 giorni dall'inizio del contratto avranno decorrenza dalle 24.00 del medesimo giorno di inizio dell'esecuzione del contratto; nei soli casi previsti (nuove assunzioni, variazioni dello stato di famiglia) le adesioni comunicate successivamente al quarantacinquesimo giorno dall'avvio del contratto avranno decorrenza di copertura dalla data del relativo evento se comunicate entro 30 giorni oppure dal primo giorno del mese successivo a quello della comunicazione tardiva. Tutte le coperture, a prescindere dalla data di adesione e/o di decorrenza, avranno inderogabilmente termine alle 24.00 del giorno indicato in contratto, con pagamento dell'intero contributo semestrale previsto per ciascuna polizza.

Successivamente alla prima attivazione dell'assistenza, l'adesione del singolo Militare o l'inserimento dei familiari previsti possono avvenire esclusivamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- nel caso di nuova assunzione in servizio per il Piano Basic 1 (a cura dell'Amministrazione entro i termini indicati in contratto);

oppure

- matrimonio/constituzione di unione civile/insorgenza di convivenza *moro uxorio*;
- nascita/adozione/affidamento dei figli.

In tali ultimi due casi l'assistenza decorre dalla data dell'evento, purché l'adesione al Piano di assistenza di nuovi familiari avvenga, a cura del militare, entro il termine di 45 giorni dal giorno dell'evento stesso.

In caso di nuova assunzione, il militare che voglia aderire al Piano Plus dovrà comunicarlo entro 15 giorni (quindici) giorni dall'attivazione del Piano Basic 1, e in tal caso l'assistenza Plus decorrerà dalla medesima data di decorrenza della Basic 1.

Qualora le comunicazioni non pervengano entro i termini suindicati, le coperture decorreranno dal primo giorno del mese successivo a quello in cui sono state effettuate le

comunicazioni tardive, fermo restando che avranno inderogabilmente **termine alle 24.00** del termine di vigenza contrattuale del contratto.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso di esecuzione i massimali di assistenza sono riconosciuti per intero.

Il pagamento dei contributi a carico dell'Amministrazione per il personale in servizio avviene nei termini e con le modalità di cui agli articoli 17 e 18 del contratto.

5.2 Revoca della assistenza

La revoca della assistenza avviene al verificarsi dei seguenti eventi:

- cessazione dal servizio, tuttavia l'ex-titolare e i membri del nucleo familiare vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza contrattuale;
- decesso dell'Assistito;
- separazione legale/divorzio;
- venir meno dei requisiti previsti dal presente capitolato per l'inserimento in assistenza di familiari.

In caso di cessazione dal servizio attivo per passaggio in una delle posizioni del congedo o in ARQ, il personale manterrà la assistenza Basic 1 fino a scadenza contrattuale (proroga inclusa). L'adesione rimane in ogni caso in essere fino alla scadenza del contratto (proroga inclusa) in vigenza del quale si è verificato l'evento e pertanto i contributi versati restano acquisiti, potendo successivamente aderire volontariamente alla Basic 3 entro 45 giorni dall'avvio dell'eventuale nuovo contratto in caso di ripetizione.

6. PRESTAZIONI DEL PIANO DI ASSISTENZA

Il servizio garantisce il pagamento/rimborso delle spese sanitarie rese necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, di tutte le malattie concomitanti/derivanti e/o conseguenti, nonché le prestazioni sanitarie, ciascuna con i relativi massimali di assistenza, franchigie e scoperti, puntualmente descritti di seguito.

Il Piano sanitario c.d. **BASIC** opera in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco tipologie di intervento chirurgico all'allegato 1);
- ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (elenco all'allegato 2);
- intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (elenco all'allegato 2);
- indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco all'allegato 1) e da grave malattia (elenco all'allegato 2), con esclusione del parto e del day-hospital;
- ricovero in istituto di cura per malattia oncologica;
- ospedalizzazione domiciliare;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o per patologie/interventi particolari;

- servizi di consulenza
- Assistenza per non autosufficienza da malattia (Long Term Care – LTC - operante solo per la BASIC 1, personale militare in servizio)

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l' Assistito può rivolgersi, con le modalità riportate nel presente capitolato, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate (*in network*) con la Cassa/Fondo/Ente/Società;
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate (*fuori network*) con la Cassa/Fondo/Ente/Società;
- c) Servizio Sanitario Nazionale (rimborso del ticket)

Sono in ogni caso incluse le prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionisti medici, dipendenti di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni dei professionisti medici e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali *intramoenia* possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (*in sede*) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (*fuori sede*).

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

6.1 Ricoveri con o senza intervento chirurgico

La Cassa/Fondo/Ente/Società paga/rimborsa tutte le prestazioni elencate nei punti che seguono fino alla concorrenza del **massimale** di **€ 125.000,00** per **Assistito** e **per semestre contrattuale** fatti salvi eventuali sotto limiti espressamente previsti per evento.

Ai fini della contabilizzazione dei residui massimali pro capite, per *semestre contrattuale* si intende, ove non diversamente specificato, la predeterminata esecutività del contratto, vale a dire che, pertanto, per le prestazioni rimborsabili in vigenza di eventuale proroga del contratto, i massimali saranno aumentati in misura proporzionale alla durata della proroga medesima (rif. art. 10 del Contratto).

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico il massimale comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Le prestazioni previste nella presente opzione si intendono prestate indipendentemente e ad integrazione delle prestazioni fruibili mediante Servizio Sanitario Nazionale.

Tutte le prestazioni o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato periodo di validità contrattuale, saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assistenza sanitaria, dal momento che la patologia oggetto di assistenza e il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale contrattuale pro capite rimarrà a carico dell'Assistito.

Il Piano Sanitario BASIC deve garantire le seguenti prestazioni:

- a) in caso di **grande intervento chirurgico** (elenco in allegato 1) o **intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia** (elenco in allegato 2)

effettuato **in regime di ricovero** in istituto di cura o in ambulatorio medico, sono assicurate le spese per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei **150 giorni precedenti l'inizio del ricovero o precedenti all'intervento chirurgico**, purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
 - onorari del chirurgo e di ogni soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento e apparecchi protesici applicati durante l'intervento stesso;
 - rette di degenza (esclusi comfort e/o bisogni non essenziali);
 - assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi purché relativi alla patologia e al periodo di ricovero o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
 - vitto e pernottamento di un accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura ricettiva fino alla concorrenza di **€ 50,00 al giorno** per un massimo di **30 giorni per semestre** contrattuale e **per nucleo familiare** assistito;
 - assistenza infermieristica notturna durante il periodo di ricovero, fino alla concorrenza di **€ 50,00 al giorno** per un massimo di **€ 500,00 per semestre** di contratto;
 - esami, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi e assistenza infermieristica domiciliare sostenuti nei **150 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni da ricovero**, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
 - trasporto sanitario dell'Assistito e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assistito, fino alla concorrenza di **€ 1.000,00 per semestre di contratto**. In caso di intervento chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, fino alla **concorrenza di € 2.000,00 per semestre di contratto**;
- b)** In caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da **grave malattia** (elenco in allegato 2), che non comporti intervento chirurgico, sono assicurate le spese per:
- assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
 - esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei **150 giorni precedenti il ricovero in Istituto di cura**, purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
 - rette di degenza (esclusi comfort e/o bisogni non essenziali);
 - esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, medicine e cure infermieristiche domiciliari, sostenute nei **150 giorni successivi alle dimissioni da ricovero**, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
 - trasporto sanitario dell'Assistito e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assistito, **fino alla concorrenza di € 1.000,00 per semestre di contratto**. In caso di ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico

effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, **fino alla concorrenza di € 2.000,00 per semestre di contratto.**

c) Modalità di erogazione delle prestazioni di cui ai punti a) e b)

- Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Cassa/Fondo/Ente/Società ed effettuate da medici convenzionati.
In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono **liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate** (in network=rete) con l'applicazione di uno scoperto pari al 5% del valore della prestazione.
- Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa/Fondo/Ente/Società. In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono **rimborsate all'Assistito con applicazione di una franchigia assoluta fissa di € 3.000,00 per evento**, o, in alternativa, dello scoperto pari al 10% dell'importo della prestazione.

La quota di spesa medica che resta a carico dell'Assicurato per ogni sinistro è pari all'importo più elevato tra la franchigia fissa e lo scoperto, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici sottolimiti.

In caso di **intervento ambulatoriale viene applicata una franchigia relativa fissa di € 500,00 per evento.**

- In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Cassa/Fondo/Ente/Società ed effettuate da medici non convenzionati, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsale dalla Cassa/Fondo/Ente/Società con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate.
- In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), la Cassa/Fondo/Ente/Società rimborserà integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, i ticket sanitari rimasti a carico dell'Assistito o le eventuali spese per trattamento alberghiero e in tale ultimo caso l'Assistito non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva di cui ai successivi punti e) ed f).

d) Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono comprese le spese di espianto e trasporto dell'organo. In caso di donazione da vivente, sono comprese le spese per l'intervento chirurgico di espianto e per i relativi accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali, l'assistenza medica e infermieristica e le rette di degenza, secondo le modalità di cui ai precedenti punti.

e) Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco allegato 1) o grave malattia (elenco allegato 2)

Qualora non risultino spese a carico dell'Assistito in quanto i costi relativi sia al periodo di ricovero, sia per altra prestazione ad esso connessa, *esclusi eventuali ticket*, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, *ovvero* in assenza di rimborso delle spese sostenute durante la degenza, la Cassa/Fondo/Ente/Società corrisponde **un'indennità sostitutiva pari a € 120,00** per ogni notte di ricovero trascorsa in Istituto di cura, **per un massimo di 30 giorni.**

f) Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco Allegato 1) e da grave malattia (elenco allegato 2) con esclusione del parto e del day-hospital

La Cassa/Fondo/Ente/Società, in caso di ricovero in istituto di cura per motivi diversi da intervento chirurgico e da grave malattia (esclusi parto e day-hospital), corrisponderà **un'indennità di € 30,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non **superiore a 15 giorni per ricovero**.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento. La presente garanzia verrà erogata indipendentemente che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

g) Ospedalizzazione domiciliare

La Cassa/Fondo/Ente/Società, in seguito ad un ricovero indennizzabile a termini di Piano, garantisce per un periodo di **120 giorni**, successivo alla data di dimissioni, **prestazioni di ospedalizzazione domiciliare** di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, finalizzata al recupero della funzionalità fisica.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a **concorrenza della complessiva somma di € 1.500,00 - da intendersi quale massimale per semestre contrattuale per Assistito**, senza applicazione di alcuna franchigia e/o di alcuno scoperto per le prestazioni eseguite nelle strutture in convenzione e con l'applicazione di **uno scoperto a carico dell'Assistito del 25% per sinistro** in caso di prestazioni eseguite fuori convenzione.

6.2 Anticipo dell'indennizzo

Nel caso in cui l'istituto di cura, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di Piano, **richieda il pagamento di un anticipo**, l'Assistito può chiedere alla Cassa/Fondo/Ente/Società la corresponsione di tale anticipo **fino a un massimo di € 25.000,00 per evento**. In caso di ricovero presso Istituto di cura fuori convenzione, **l'importo anticipabile è ridotto a € 15.000,00 per evento**. L'anticipo può essere richiesto *una volta sola* per periodo di vigenza del contratto (eventuale proroga inclusa).

6.3 Decesso dell'Assistito e rimpatrio della salma (operante solo per la BASIC 1 – restano escluse quindi sia la BASIC 2 che la BASIC 3)

In caso di decesso dell'Assistito, la Cassa/Fondo/Ente/Società, **per periodo di vigenza del contratto (proroga inclusa) e per nucleo familiare**, eroga, in caso di decesso all'estero durante un ricovero, le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500,00.

6.4 Prestazioni di Alta Specializzazione

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) - “anche digitale”

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco

- Colangiopancreatografia
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Endoscopia digestiva (E.G.D.S. – Retto sigmoideo colonscopia - ERCP)
- Test genomico (Oncotype Dx), susseguente a diagnosi e/o intervento chirurgico per tumore al seno

Terapie

- Chemioterapia
- Radianti loco-regionali
- Dialisi
- Radioterapia

L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata. In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa/Fondo/Ente/Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assistito. Per ottenere il rimborso è necessario che l'assistito alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di € 1.300 - da intendersi quale massimale per contratto per Assistito -

e con applicazione a carico dell'Assistito per ogni prestazione di uno scoperto del 20% con una franchigia minima di € 70,00 per le prestazioni effettuate in rete e di uno scoperto del 20% con una franchigia minima di € 100,00 per le prestazioni effettuate fuori rete.

La quota di spesa medica che resta a carico dell'Assicurato per ogni sinistro è pari all'importo più elevato tra la franchigia fissa e lo scoperto.

La franchigia e lo scoperto non vengono applicati nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del *solo ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni.

6.5 Prestazioni Specialistiche (di cui al Nomenclatore in allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017)

La Cassa/Fondo/Ente/Società paga le spese per prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari, purché prescritte dal medico (intendendosi per tale il soggetto abilitato all'esercizio della professione medica nel Paese di servizio o in quello dove vengano prestate le cure), pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciato (escluse comunque le visite pediatriche generiche). Per la visita specialistica è accettata la prescrizione del medico di base/curante, il quale può prescrivere i primi accertamenti utili, congrui ed attinenti alla diagnosi o sospetta diagnosi. Tutte le ulteriori prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari, dovranno essere prescritte dal medico specialista (quest'ultime sono utili anche per la richiesta di ulteriori prescrizioni del medico di base per pagamento dei ticket).

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di € 400,00 - da intendersi quale massimale per contratto per Assistito, con applicazione a carico dell'Assistito per singola prestazione di uno scoperto del 10% con una franchigia minima di € 75,00 per le prestazioni effettuate in rete e di uno scoperto del 20% con una franchigia minima di € 100,00 per le prestazioni effettuate fuori rete.

La quota di spesa medica che resta a carico dell'Assicurato per ogni sinistro è pari all'importo più elevato tra la franchigia fissa e lo scoperto.

La franchigia e lo scoperto non vengono applicati nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del *solo ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni.

6.6 Ricovero per cure oncologiche

Nei casi di pernottamento per malattie oncologiche **maligne**, la Cassa/Fondo/Ente/Società riconosce **un'indennità di € 3.000,00 in unica soluzione, una tantum per periodo di vigenza del contratto (proroga inclusa)**, per il primo ricovero denunciato dall'Assistito e indipendentemente dal numero di ricoveri avvenuti nel periodo di vigenza contrattuale ricollegabili alla stessa patologia.

N.B.: Si precisa che **per il day hospital non è riconosciuta alcuna indennità** in quanto non rientrante nella definizione di ricovero.

6.7 Cure odontoiatriche da infortunio

La Cassa/Fondo/Ente/Società, in presenza di certificato rilasciato da un Pronto Soccorso, liquida all'Assistito le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio. Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di **uno scoperto a carico dell'Assistito nella misura del 10% in convenzione e del 20% fuori convenzione, con un minimo non indennizzabile di €**

100,00 per fattura per persona. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del *solo ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 1.250,00 per semestre contrattuale per Assistito.**

6.8 Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi

La Cassa/Fondo/Ente/Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti dal medico "di base" o da medico "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.

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco - iatale
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Ricostruzioni capsulo legamentose
- Protesi articolare
- Patologie polmonari
- Postumi di interventi per fratture

Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di uno scoperto a carico dell'Assistito nella **misura del 5% in convenzione e del 10% fuori convenzione.** Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del *solo ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 250,00 per semestre contrattuale per Assistito.**

6.9 Assistenza per non autosufficienza da malattia (LTC - operante solo per la BASIC 1 – restano escluse quindi sia la BASIC 2 sia la BASIC 3)

6.9.1 Definizione di non autosufficienza

La persona è riconosciuta non autosufficiente nel caso in cui risulti permanentemente incapace di svolgere almeno 3 delle 4 attività ordinarie della vita quotidiana e necessita pertanto della costante assistenza di una terza persona oppure, sia affetto da grave demenza invalidante comprovata da una diagnosi di un medico specialista "neurologo" e/o "gerontologo" (basata su test psicometrici riconosciuti, ad esempio MMSE) con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di una terza persona. Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno tre su quattro delle attività ordinarie della vita quotidiana di cui sopra e meglio definite al para 6.9.2, l'assistito che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali,

a mero titolo di esempio, morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre forme di demenza senile invalidante di origine organica). La perdita delle capacità cognitive viene definita come *peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali* da valutarsi attraverso dati clinici e test standard.

La causa dell'incapacità permanente deve essere eziologicamente ricondotta a malattia dell'Assistito, con *esclusione quindi delle incapacità permanenti causate da infortunio*.

La Cassa/Fondo/Ente/Società garantisce l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria e sociosanitaria *oppure* eroga un'indennità forfettaria ad indennizzo del danno subito e per far fronte ad eventuali spese sanitarie e sociosanitarie sostenute. La scelta tra l'opzione di erogazione di servizi o indennità (vedere successivo punto 4) deve essere effettuata al momento della denuncia di sinistro. È consentito effettuare successivamente un solo cambio della scelta effettuata entro 60 giorni dalla fine di ogni semestre di assistenza.

6.9.2. Definizione di attività ordinarie della vita quotidiana

Le attività ordinarie della vita quotidiana sono definite come:

- lavarsi o mantenere una corretta igiene personale: capacità di farsi il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo. Ciò implica che l'Assistito è in grado di lavarsi dalla testa ai piedi in modo da mantenere, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale spontaneamente e senza l'aiuto di una terza persona;
- vestirsi: capacità di indossare, togliersi allacciare e slacciare ogni tipo di indumento compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assistito senza l'assistenza di una terza persona. La capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante
- nutrirsi: capacità di mangiare o bere autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assistito è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca ed inghiottirlo senza l'aiuto di una terza persona;
- spostarsi: capacità di alzarsi da una sedia o dal letto e viceversa o di spostarsi da una sedia al letto e viceversa anche con l'aiuto di ausili specifici senza l'aiuto di terza persona.

6.9.3 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

La prestazione verrà corrisposta se perdura lo stato di Non Autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (*termine di latenza/franchigia*) a partire dalla data di denuncia. Qualora gli accertamenti per la verifica dello stato di Non Autosufficienza necessitino di più di 90 giorni all'atto di accertamento verranno erogate le eventuali rate di indennità non erogate.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di Non Autosufficienza, e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia trascorso il periodo di Franchigia, la Cassa/Fondo/Ente/Società inizia a corrispondere l'indennità mensile assicurata o provvede all'erogazione dei servizi.

L'indennità non consente valori di riscatto, è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Nel caso in cui l'Assistito deceda entro i 90 giorni di Franchigia, non sarà erogata dalla Cassa/Fondo/Ente/Società alcuna indennità mentre qualora il decesso avvenga successivamente ai 90 giorni ma prima che lo stato di Non Autosufficienza sia stato accertato la Cassa/Fondo/Ente erogherà comunque le prestazioni sopra indicate.

Durante il periodo di pagamento dell'indennità se l'Assistito esce dallo stato di Non Autosufficienza è tenuto a darne comunicazione alla Cassa/Fondo/Ente Società entro 60 giorni. Inoltre, gli eredi dell'Assistito dovranno informare la Cassa/Fondo/Ente Società del decesso dell'Assistito entro i 30 giorni seguenti la data del decesso. Le eventuali rate di indennità pagate dopo il decesso dell'Assistito o dopo l'uscita dallo stato di Non Autosufficienza saranno restituite alla Cassa/Ente/Fondo Società.

6.9.4 Rivedibilità dello stato di Non Autosufficienza

L'assistito è tenuto a comunicare alla Cassa/Ente/Fondo Società, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza a mezzo di lettera raccomandata, il recupero dello stato di autosufficienza.

La Cassa/Fondo/Ente/Società si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assistito non autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di Non Autosufficienza. In caso di rifiuto da parte dell'Assistito, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento. Qualora durante l'erogazione della indennità o erogazione dei servizi si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza il pagamento della indennità o erogazione dei servizi viene interrotto.

6.9.5 Erogazione delle Prestazioni

Al momento della denuncia del sinistro l'assistito potrà scegliere tra l'opzione di erogazione di servizi di assistenza o l'indennizzo forfettario del danno:

- A) **Erogazione dei servizi di assistenza** viene effettuata nei limiti dell'importo mensile **pari a € 600,00 per 12 mesi non soggetto a rivalutazione**. A scopo esemplificativo ma non esaustivo sono compresi i seguenti servizi: assistenza infermieristica, visite specialistiche domiciliari accertamenti diagnostici domiciliari, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, rette di degenza RSA, etc...
- B) **Indennizzo forfettario del danno, erogato in forma mensile** nei limiti dell'importo massimo mensile **pari a € 600,00 per 12 mesi non soggetto a rivalutazione**. Dovrà essere preventivamente e annualmente presentato il certificato di esistenza in vita emesso dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza.

6.9.6 Esclusioni specifiche garanzia long term care da malattia

La prestazione LTC per Non Autosufficienza è assicurata qualunque possa esserne la causa derivante da malattia ad eccezione dei casi derivanti da eventi accidentali e indirettamente da:

- dolo del Contraente o dell'Assistito;
- tentato suicidio e autolesionismo dell'Assistito;
- partecipazione attiva dell'Assistito a delitti dolosi;
- malattie intenzionalmente procurate alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti allucinogeni;
- negligenza imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di indennità/rimborso non viene erogata se è comprovato che l'Assistito di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;

- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi macchine acceleratrici raggi, ecc.);
- malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assistito nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti verificatisi prima della data di decorrenza dell' e già diagnosticati in tale data all'Assistito;
- problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica;
- eventi direttamente collegati ad attività sportiva che comporti una maggiorazione di rischio quale aviazione privata elicottero, parapendio, deltaplano paracadutismo, alpinismo, nuoto subacqueo, motonautica motorismo pugilato ed attività analoghe)
- Fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi e sostanze tossiche e/o corrosive e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei.

6.9.7 Condizioni di non-assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, al momento dell'ingresso in assistenza, i beneficiari non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

- Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più delle attività ordinarie della vita quotidiana sopra definite.
- Essere già affetti dalla malattia di Alzheimer di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi multipla dalla malattia dei motoneuroni, sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie.

7. PRESTAZIONI PREVISTE NEL PIANO AGGIUNTIVO “PLUS”

Per **Piano PLUS** si intende l'assistenza aggiuntiva rispetto a quella prevista nel **Piano BASIC**, con prestazioni ulteriori rispetto a quelle già comprese nel citato Piano e nell'innalzamento dei relativi massimali, dedicata sia al **militare in servizio, sia al militare in congedo o in ARQ, sia ai relativi nuclei familiari**, con contributo interamente a carico di ciascun Assistito.

Si precisa che, per il personale militare in servizio che intenderà volontariamente sottoscrivere *anche* il Piano Plus, l'Amministrazione dovrà corrispondere alla Cassa/Fondo/Ente/Società esclusivamente il contributo previsto per la Piano Basic, mentre il contributo da corrispondere per il Piano plus, aggiuntivo rispetto a quello del Piano Basic, rimarrà a carico dell'assistito.

Il massimale contrattuale di assistenza di cui all'art. 6.1, è **innalzato a € 250.000,00/contratto/Assistito**.

Oltre alle prestazioni previste per Piano BASIC, la Cassa/Fondo/Ente/Società dovrà erogare indennizzi all'assistito per le seguenti ulteriori prestazioni:

7.1 tutti i ricoveri con intervento, i ricoveri in day hospital, i ricoveri senza intervento non previsti negli Allegati 1 e 2:

- in totale regime di convenzione diretta (in network sia la struttura sanitaria, sia l'*equipe* medica) **senza franchigie**;
- in regime rimborsale *fuori network*, con lo **scoperto del 20% e una franchigia di € 1.500,00**.

Qualora la degenza abbia luogo presso una struttura convenzionata, ma l'assistito si avvalga di equipe medica non convenzionata, è comunque attivabile il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura Sanitaria Convenzionata ed i rimborsi avverranno con la seguente modalità:

- sulla parte di **spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata senza franchigie**;
- sulla parte di rimborso per l'equipe medica non convenzionata verrà applicato uno **scoperto del 20% con un minimo indennizzabile di € 750,00**.

7.2 Inoltre è prevista garanzia per:

- **parto naturale** (con un **massimo rimborsabile di € 5.000,00 contrattuale Assistito/Coniuge**);
- **parto cesareo** (con un **massimo rimborsabile di € 8.000,00 contrattuale Assistito/Coniuge**);
- **laser/tecar terapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa** (con un **massimo rimborsabile di € 500,00 a semestre per Assistito**).

7.3 ***Cure Odontoiatriche, Terapie Conservative, Protesi Odontoiatriche, Ortodonzia e Prestazioni Diagnostiche di tipo Odontoiatrico e Ortodontico.***

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribassamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico. Sono comprese le sedute di ablazione tartaro solo se inserite in un piano di cure.

- In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la /Cassa/Fondo/Ente ed effettuate da medici convenzionati:
Le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla /Cassa/Fondo/Ente alle strutture stesse, con l'applicazione di uno **scoperto del 50%** che dovrà essere versato dall'Assistito alla struttura convenzionata all'atto dell'emissione della fattura.
- In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la /Cassa/Fondo/Ente:
Nel solo caso in cui l'assistito sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate, le prestazioni erogate all'Assistito vengono rimborsate con l'applicazione di **uno scoperto del 50%**. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assistito allegghi alla fattura la scheda anamnestica compilata dal medico curante (dentista). Nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo.
- In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale la Cassa/Fondo/Ente/Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.
- Il limite di spesa a disposizione per la presente assistenza è di **€ 2.500,00 per semestre per Assistito**.

8. ASSISTENZA DIRETTA E INDIRETTA

Il riconoscimento delle spese mediche coperte dalla garanzia può avvenire a scelta dell'assistito, nella forma dell'Assistenza Diretta ovvero Assistenza Indiretta. Sono previste delle penali in favore degli assicurati qualora la Società/Cassa/Fondo/Ente non riesca a garantire i livelli di servizio prescritti.

8.1 Assistenza Diretta

Il convenzionamento diretto avviene attraverso una Rete di Strutture Convenzionate (**in network**) con il fornitore. L'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate solleva l'assistito dall'anticipazione delle spese, che sono versate dalla struttura sanitaria direttamente da parte della Società/Cassa/Fondo/Ente.

Il servizio di Assistenza Diretta può essere utilizzato per i ricoveri con o senza intervento chirurgico, per gli interventi ambulatoriali, per le prestazioni indicate alla voce "Prestazioni di Alta Specializzazione", per visite specialistiche, esami diagnostici di laboratorio, trattamenti fisioterapici riabilitativi e cure odontoiatriche.

Il servizio di Assistenza Diretta viene attivato ordinariamente attraverso l'accesso dell'assistito sul portale web e/o APP messo a disposizione dalla Società /Cassa/Fondo/Ente, ovvero, in caso di impossibilità, via contatto telefonico, via fax o mail.

La centrale operativa della Società /Cassa/Fondo/Ente è comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza.

La scelta del centro convenzionato e del medico spetta sempre all'assistito.

L'attivazione del convenzionamento diretto prevede la trasmissione, a cura dell'assistito e con gli stessi canali dell'attivazione del servizio, della certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta. Quando occorra, l'assistito verrà contattato per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

L'operatività della garanzia e l'autorizzazione al convenzionamento diretto è confermato dalla Società /Cassa/Fondo/Ente alla Struttura medica e direttamente all'assistito **entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta** completa di documentazione (data apertura pratica), evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dal Piano di Assistenza Sanitaria (franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale. La Società /Cassa/Fondo/Ente dovrà richiedere la eventuale documentazione mancante **entro 3 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta**.

PENALE: è prevista una penale in favore dell'Assistito pari allo **0,025%** dell'ammontare del pagamento diretto, che sarà effettuato alla Struttura Sanitaria Convenzionata per le prestazioni fornite, per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo. Tale importo dovrà essere liquidato direttamente dalla Società /Cassa/Fondo/Ente all'Assistito entro 15 giorni dalla chiusura della pratica. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assistito penali di importo inferiore ad € 10.

Il Centro Convenzionato trasmetterà direttamente alla Centrale Operativa della Società Cassa/Fondo/Ente gli originali delle fatture e copia della cartella clinica per il pagamento delle prestazioni sanitarie. La fattura in originale, debitamente quietanzata, sarà restituita all'assistito.

Se la Società Cassa/Fondo/Ente ritiene, per quanto valutato in base alle informazioni ricevute, di escludere, nel caso di specie, l'operatività della garanzia in assistenza diretta, ne dà formale e tempestiva notizia all'assistito, chiarendo i motivi alla base di tale decisione. In tal caso, l'assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese mediche sostenute, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo tramite rimborso delle spese secondo quanto previsto al punto che segue "Assistenza Indiretta".

8.2 Assistenza Indiretta

L'Assistito che per scelta decida di non avvalersi dell'Assistenza Diretta può anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta o fuori network), salvo applicazione di eventuali franchigie e/o scoperti.

L'istanza di rimborso deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico, nonché la copia delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi attestanti le spese sostenute.

La Società /Cassa/Fondo/Ente procede al rimborso di quanto spettante all'assistito **entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento della documentazione** (data apertura pratica) di cui sopra. Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

La Società /Cassa/Fondo/Ente dovrà richiedere eventualmente la documentazione mancante **entro 15 giorni dal ricevimento della domanda di rimborso.**

PENALE: è prevista una penale in favore dell'Assistito pari allo 0,025% del rimborso spettante per le prestazioni effettuate per ogni giorni ritardo successivo al tempo massimo. Tale importo dovrà essere liquidato direttamente dalla Società/Cassa/Fondo/Ente unitamente all'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assistito. Il rimborso si intende concluso nel giorno della data della liquidazione da parte della Società/Cassa/Fondo/Ente (data chiusura pratica). In ogni caso non saranno riconosciute all'Assistito penali di importo inferiore ad € 10,00.

9. ULTERIORI SERVIZI

La Società /Cassa/Fondo/Ente dovrà garantire i seguenti ulteriori servizi.

9.1 Portale WEB e/o APP, contatto telefonico e indirizzo mail dedicati

La Società/Cassa/Fondo/Ente garantisce la disponibilità, al momento della stipula del contratto, di un portale web/sito internet e/o APP, di facile accessibilità da parte dei soggetti assistiti, che, anche allo scopo di evitare il più possibile l'utilizzo del supporto cartaceo, consenta agli Assistiti di:

- aderire al Piano di Assistenza Sanitaria in forma "BASIC" o "PLUS" e apportare variazioni (inserire o escludere i familiari previsti) allegando la necessaria documentazione;
- attivare le richieste di assistenza diretta e indiretta, allegando la relativa documentazione sanitaria e di spesa, in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza;
- scaricare le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato delle Strutture Sanitarie convenzionate, la modulistica di supporto all'assistito nell'ipotesi di attivazione del servizio via fax o mail;
- prenotare una prestazione presso un operatore facente parte della rete convenzionata;
- visualizzare lo stato delle pratiche di rimborso inserite o delle richieste di assistenza per la risoluzione di problematiche inerenti all'utilizzo del portale;

- visualizzare e stampare un elenco delle prestazioni erogate per anno solare, sia in regime di assistenza diretta che in regime di assistenza indiretta, con indicazione degli importi in franchigia fiscalmente detraibili.

La Società /Cassa/Fondo/Ente garantisce, inoltre, un servizio di informazione e assistenza attraverso **contatto telefonico e indirizzo mail dedicati** in merito a:

- Piano di Assistenza Sanitaria per gli assistiti;
- Pratiche individuali di assistenza diretta e indiretta o altre prestazioni attivate o da attivare previste dal Piano per il personale militare del Ministero Difesa e della Capitaneria di Porto;
- Problematiche inerenti l'utilizzo del portale web e/o App (in ordine a iscrizioni, variazioni, inserimento documentazione ecc.).

9.2 **Centrale Operativa.**

La Società/Cassa/Fondo/Ente garantisce la disponibilità, al momento della stipula del contratto, di una Centrale Operativa raggiungibile nell'arco della giornata, compresi i giorni festivi attraverso un numero telefonico dedicato nazionale e internazionale che assicuri:

- un **servizio di informazione** in merito a:
 - strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
 - assistenza diretta e indiretta;
 - centri medici specializzati;
 - farmaci;
 - indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria.
- un **servizio di prenotazione** per le prestazioni sanitarie garantite dal presente Capitolo nelle Strutture Sanitarie Convenzionate.
- un **contatto telefonico di primo soccorso** e pareri medici immediati.

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, in lingua italiana, un proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione, suggerimento di carattere medico sanitario di carattere generale. I medici di guardia non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

- l'invio di un **medico nei casi di urgenza** (validità territoriale Italia).

Qualora l'assistito necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il proprio medico curante, la Centrale Operativa provvede 24 ore su 24, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertato la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'assistito con ambulanza ad un pronto soccorso.

- **l'invio di un'ambulanza** (validità territoriale Italia)

Qualora l'assistito, in seguito ad infortunio o malattia, necessiti di:

- essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino ed idoneo centro ospedaliero;
- essere trasportato dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare al domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'ambulanza.

La Centrale Operativa, 24 ore su 24, invia direttamente l'ambulanza tenendo a proprio carico il costo sino ad un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo a prestazioni i trasporti per terapie continuative.

9.3 *Responsabile del servizio*

Dalla data di attivazione del contratto, la Società/Cassa/Fondo/Ente dovrà mettere a disposizione dell'Amministrazione un Responsabile del Servizio, precedentemente identificato e nominato, del quale avrà reso noti i recapiti telefonici e l'indirizzo di posta elettronica, nonché gli orari del servizio.

Il suo compito sarà quello di supervisionare e coordinare le attività della Società /Cassa/Fondo/Ente nei rapporti con gli Enti del Ministero della Difesa e del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti che saranno individuati quali Enti esecutori del contratto, anche con riferimento alle attività amministrativo/contabili, alla reportistica, agli aggiornamenti su nuove iscrizioni e nuovi inserimenti/cancellazioni in corso di esecuzione del contratto, all'andamento dei sinistri, alla stipula delle convenzioni con strutture, nonché quello di gestire eventuali richieste e gli eventuali reclami da parte dell'Amministrazione o da parte degli assistiti.

ESCLUSIONI (non operanti per LE PRESTAZIONI di cui al punto 6.9 del piano assistenziale basic, per le quali ci sono delle esclusioni specifiche)

Le prestazioni previste dal presente Capitolato non sono operanti per:

- in riferimento al punto "Cure oncologiche", la ripetizione dell'erogazione dell'indennità per ogni contratto assicurativo se correlata alla stessa malattia (l'indennità verrà erogata una sola volta anche in caso di proroga del contratto);
- intossicazione conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quella a scopo ricostruttivo necessitata da infortunio o intervento chirurgico, nonché per i bambini che abbiano compiuto il terzo anno di età;
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assistito con dolo o colpa grave;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto al punto "Cure odontoiatriche da infortunio";
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutti gli interventi e le procedure finalizzati al trattamento dell'infertilità e dell'inseminazione artificiale, compresi gli accertamenti propedeutici agli stessi;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali omeopatici;
- cure ed interventi per la correzione o eliminazione di difetti fisici preesistenti;
- visite, esami ed accertamenti diagnostici eseguiti per il semplice controllo senza l'indicazione di una patologia presunta o accertata;
- i ricoveri per lunga degenza determinati da patologie croniche;
- dell'Assistito 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

DEFINIZIONI

Per **personale militare in servizio** si intende il militare:

- in servizio permanente (art. 875 del C.O.M.), con esclusione del militare in aspettativa di cui alle lettere C (motivi privati), D (riduzione dei quadri), E (elezione in cariche politiche e amministrative), F (prestazioni di servizio all'estero del coniuge, dipendente civile o militare dello stato), G (ammissione a un dottorato di ricerca), H, I, I bis del comma 2 dell'art. 884 del C.O.M.;
- in servizio temporaneo in posizione di servizio attivo alle armi (art. 877 del C.O.M., let. a);
- temporaneamente richiamato/trattenuto in servizio sia dal congedo sia dall'ARQ.

Per **assistito** si intende il soggetto il cui interesse è protetto dal Piano Sanitario.

Per **"Istituto di Cura"** si intende l'ospedale pubblico, la clinica o istituto universitario e la casa di cura privata regolarmente autorizzati dalle autorità competenti all'erogazione dell'assistenza ospedaliera o degenza diurna. Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza, i soggiorni benessere e le cliniche con finalità prettamente dietologiche o estetiche.

Per **Malattia** si intende qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia direttamente dipendente da infortunio.

Per **Infortunio** si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Per Società **Fondo o Ente Assistenziale o Aggiudicatario o Cassa** il soggetto selezionato all'esito della procedura di gara abilitato a norma di legge a ricevere i contributi e assumere la contraenza del presente Piano Sanitario ai fini degli aspetti fiscali e assistenziali.

Per **Piano Sanitario** il combinato disposto del presente Capitolato e del relativo Contratto che congiuntamente normano le prestazioni sanitarie erogate come rimborso diretto o indiretto al personale Assistito.

Per **"Contributo"** si intende la somma dovuta all'aggiudicatario. Il Contributo sarà a carico della Amministrazione contraente solo per il Piano base (c.d. **Piano BASIC 1**). Il Contributo sarà a carico dell'Assistito per: Piano BASIC 2, (estensione Piano Basic al nucleo familiare); Piano BASIC 3, (estensione del Piano Basic al personale militare in congedo o in ARQ e relativo nucleo familiare); Piano PLUS e sua estensione al nucleo familiare.

Per **"Massimale/Limite di Assistenza"** si intendono gli importi stabiliti nel Capitolato che rappresentano le spese massime che il fornitore/fondo sanitario si impegna a prestare nei confronti dell'assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste. Ai fini della contabilizzazione a scalare dei massimali pro capite, per **semestre contrattuale** si intende, ove non diversamente specificato, la predeterminata esecutività del contratto, vale a dire che, pertanto, per le prestazioni rimborsabili in vigore di eventuale proroga del contratto, i massimali contrattuali saranno aumentati in misura proporzionale alla durata della proroga medesima.

Per **"Scoperto"** si intende la percentuale prestabilita della spesa sostenuta che, in caso di sinistro, rimane a carico dell'assistito e per la quale l'aggiudicatario non riconosce l'indennizzo.

Per **"Franchigia"** si intende la somma, determinata in misura fissa che dedotta dall'indennità, resta a carico dell'assistito.

In caso di **franchigia assoluta**, il danno indennizzabile deve necessariamente ridursi dell'ammontare economico della franchigia stessa (danno indennizzabile: 1000,00 euro; franchigia: 100,00 euro; 1000,00 – 100,00 = 900,00 euro). Quando, al contrario, **la franchigia è relativa**, se il danno indennizzabile è inferiore alla franchigia stessa (es. 99 euro) nulla sarà dovuto; se viceversa, il danno è superiore all'importo della franchigia, il "rimborso" sarà interamente garantito entro i limiti stabiliti dal massimale. In sostanza, dunque, la franchigia relativa opera solo nel caso in cui il danno patito risulti inferiore all'importo della franchigia stessa pattuito all'interno della Piano.

Per “**Indennizzo**” o “**indennità**” si intende la somma dovuta dal fornitore/fondo sanitario all’Assistito a titolo di rimborso.

Per **PATOLOGIA DI TIPO ONCOLOGICO**: Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il mieloma, il morbo di Hodgking, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

CENTRO CONVENZIONATO: Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui l’Ente assistenziale ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Bypass aorto-coronarico singolo e/o multiplo
- Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Cardiocirurgia a cuore chiuso (senza C. E.C.) - interventi di, salvo gli interventi descritti
- Correzione di coartazione aortica
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per – Sostituzione valvolare (C.E.C.)
- Pericardiectomia parziale e totale
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorta coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica
- Impianto di pace maker endocavitario ed eventuale riposizionamento

COLLO

- Tiroidectomia totale
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

CHIRURGIA GENERALE - ESOFAGO

- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia totale per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esfagoplastica
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera post-operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago
- Operazioni per tumori, resezioni parziali basse, alte e totale
- Rientro per megaesofago

CHIRURGIA GENERALE - FEGATO E VIE BILIARI

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Deconnessione azygos- portale per via addominale
- Epatocoleddotomia
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Resezioni epatiche maggiori
- Intervento per pancreatite cronica
- Intervento per neoplasia pancreatica

CHIRURGIA GENERALE - INTESTINO

- Colectomia totale
- Megacolon: operazione addominoperineale di Buhamel e Swenson
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia

CHIRURGIA GENERALE - RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addominoperineale in un tempo o in più tempi
- Resezione anteriore retto-colica

CHIRURGIA GENERALE - PANCREAS, MILZA

- Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
- Enucleazione delle cisti
- Intervento per cisti e pseudocisti
- Interventi per fistole pancreatiche
- Marsupiazione
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi

CHIRURGIA GENERALE - STOMACO, DUODENO

- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Resezione gastrica da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Stenosi congenita del piloro

CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
- Operazioni demolitrici per tumori del, massiccio facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione tumore di Wilms
- Atresia dell'ano con fistola retto- uretrale, retto-vulvare:
abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino no-perineale
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale
- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Esofago, atresia o fistole congenite del (trattamento completo)
- Neuroblastoma addominale

- Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Spina bifida: meningocele
- Spina bifida: mielomeningocele

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

- Aplasia della vagina, ricostruzione per

CHIRURGIA TORACICA - POLMONARE

- Ernia del diaframma
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per interventi per fistole bronchiali – cutanee Interventi su polmone cistico e policistico
- Pneuropneumectomia
- Pneumectomia, intervento di
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezioni segmentarie e lobotomia
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Aneurismi aorta addominale con dissecazione: resezione e trapianto
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale succlavi a, tronco bronco-cefalico, aorta ed iliache
- Operazioni sulla aorta toracica ed addominale

GINECOLOGIA

- Isterectomia con annessioneectomia e linfadenectomie per tumori maligni
- Mastectomia con linfadenectomie per tumori maligni

NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Encefalomeningocele, intervento per
- Fistola liquorale
- Interventi per epilessia focale

- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Malformazione aneurismatica (aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi)
- Mielomeningocele, intervento per
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Operazioni endocraniche per ascesso ed amatomia endocranico
- Rizotomie e microdecom pressioni radici endocraniche
- Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Traumi vertebra- midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebra-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - INTERVENTI CRUENTI

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, parziale
- Disarticolazione interscapolotoracica
- Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Scoliosi, intervento per
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)
- Amputazione anatomica totale o parziale di arti superiori e inferiori (escluso dita)
- Protesi d'anca parziale o completa

OTORINOLATRINGOIATRIA - LARINGE E IPOFARINGE

- Laringofaringectomia totale

UROLOGIA - APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfodecnectomie per tumori maligne

UROLOGIA - RENE

- Nefroureterectomia radicale più trattamento tromboticavale (compresa surrenectomia)
- Surrenelectomia
- Nefrectomia allargata per neoplasia

UROLOGIA - URETERE

- Mega uretere resezione con reimpianto
- Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di

UROLOGIA - VESCICA

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa (infoadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Estrofilia della vescica e derivazione
- Interventi per fistolascico-rettale
- Riparazione di fistola vescicointestinale
- Riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ELENCO GRAVI MALATTIE

CORONOPATIA: malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie con innesto di by-pass o che richieda tecniche non chirurgiche quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.

ICTUS CEREBRALE: evento cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle ventiquattro ore e implicante morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionali accertati.

INFARTO DEL MIOCARDIO: morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito ad afflusso insufficiente di sangue nell'area interesse