

Guida al Piano  
Piano Sanitario

Convenzione



A · S · D · E · P

**SERVIZIO DI CONSULENZA AI CLIENTI  
CENTRALE OPERATIVA**

**NUMERO VERDE**

**800 865 316**

**ORARI**

**9:00 – 18:00**

**Per tutte le prestazioni dell'Area Ricovero è  
opportuno contattare preventivamente il  
numero sopra indicato**

**RECLAMI**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto ad Assicurazioni Generali S.p.A., Direzione per l'Italia – Funzione Customer Service, Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto, TV - fax 800.961.987, e-mail [assistenza\\_clienti@generali.it](mailto:assistenza_clienti@generali.it) oppure nel sito [www.generali.it](http://www.generali.it), compilando il form presente alla voce "contact us".

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse collettivo) - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere:

- a. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c. breve descrizione del motivo di lamentela;
- d. copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet [http://ec.europa.eu/internal\\_market/finservices-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm)).

In relazione alle controversie inerenti il presente contratto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta.

## **Guida al Piano sanitario Convenzione ASDEP**

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la convenzione, del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

Le prestazioni del piano sono garantite da ASDEP  
per il tramite di:



**GENERALI**  
Assicurazioni Generali S.p.A.

## 1. SOMMARIO

1.	SOMMARIO.....	pag. 4
2.	BENVENUTO.....	pag. 5
3.	LE PERSONE PER CUI E' OPERANTE LA COPERTURA.....	pag. 5
4.	SCHEMA RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	pag. 5
5.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	pag. 6
6.	SERVIZI ON LINE FORNITI DA ASDEP PER IL TRAMITE DI ASSICURAZIONI GENERALI.....	pag. 9
7.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	pag. 11
8.	LIMITI DI ETA'.....	pag. 19
9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....	pag. 19
10.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	pag. 19
11.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO PER LE PERSONE CHE HANNO ADERITO AL PROGRAMMA INTEGRATIVO.....	pag. 22

## 2. BENVENUTO

Con la "Guida al Piano sanitario" intendiamo offrirti un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è di fornirti un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della tua collaborazione.

All'interno della guida troverai quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il Piano.

Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

### **I nuovi servizi on-line offerti da Asdep per il tramite di Assicurazioni Generali**

Da oggi puoi accedere a tanti comodi servizi on-line, creati apposta per te, per semplificare e velocizzare al massimo tutte le tue operazioni: dalle tue richieste di rimborso all'aggiornamento dei tuoi dati alla visualizzazione delle prestazioni del tuo piano. E tanto altro ancora. Per saperne di più consulta il capitolo 6 della presente guida.

## 3. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore dei **dipendenti di INPS, INAIL, INPDAP ed ACI** ai quali si applica l'art. 46 del CCNL/1994-1997 e dei loro familiari fiscalmente a carico, i quali potranno usufruire delle prestazioni nelle strutture convenzionate sin dalle ore 24 del 31/12/2012.

Il Piano sanitario è altresì valido per i dipendenti degli altri Enti Pubblici aderenti ad ASDEP ed i relativi nuclei familiari fiscalmente a carico e non, i quali avranno la decorrenza della copertura assoggettata alla data di adesione alla Cassa, nelle modalità regolamentate dagli accordi in vigore.

E' inoltre prevista la possibilità di estendere la copertura sanitaria previste dalla presente Convenzione, previo versamento di un contributo annuo aggiuntivo, anche ai **familiari** conviventi risultanti dallo stato di famiglia **anche se non fiscalmente a carico**, intesi come coniugi/conviventi e/o figli.

Il mancato rinnovo ad ogni scadenza annuale della Convenzione per il familiare fiscalmente non a carico, comporta l'impossibilità di poter richiedere nuovamente, per il medesimo familiare, l'estensione della copertura stessa in un momento successivo; tale previsione non si applica qualora il familiare in questione sia rientrato a far parte del nucleo familiare fiscalmente a carico.

E' inoltre prevista la possibilità di estendere le coperture sanitarie previste dalla presente Convenzione, previo versamento di un contributo annuo a loro carico, anche ai **dipendenti che andranno in pensione dal 31/12/2012 in poi** ed ai relativi familiari conviventi risultanti dallo stato di famiglia fiscalmente a carico ed anche se non fiscalmente a carico (previo versamento di un contributo annuo aggiuntivo), questi ultimi intesi come conviventi e/o figli. La condizione necessaria per poter aderire a tale copertura è che il contratto da dipendente attivo a pensionato deve essere stipulato senza soluzione di continuità.

Il mancato rinnovo ad ogni scadenza annuale della Convenzione da pensionato, comporta l'impossibilità di poter richiedere per il futuro una nuova attivazione della copertura stessa.

## 4. SCHEMA RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

### **DIPENDENTE E RELATIVO NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

- RICOVERO SOLO IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON ASDEP TRAMITE ASSICURAZIONI GENERALI (in strutture non convenzionate è usufruibile solo se la provincia di domicilio è scoperta) E IN STRUTTURE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE;
- ALTA DIAGNOSTICA;
- ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE;
- CURE PROLUNGATE POST DIAGNOSI;
- CURE DENTARIE DA INFORTUNIO;
- PROTESI DENTARIE.

### **DIPENDENTE CAPONUCLEO**

- INDENNITA' DA RICOVERO A SEGUITO DI ATTI VIOLENTI

## FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO

Stesse garanzie del nucleo fiscalmente a carico con esclusione delle conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione; tra le esclusioni viene ricompreso anche lo stato di gravidanza se iniziato prima della data di adesione alla polizza.

## 5. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

### 5.1. Per prima cosa contatta la Centrale Operativa

In caso di **ricovero** occorre contattare il più presto possibile la Centrale Operativa al **numero 800 865 316**. Gli Operatori della Centrale Operativa sono sempre a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano sanitario.

E' bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

### 5.2. Se utilizzi una struttura convenzionata per Asdep tramite Assicurazioni Generali

#### La Rete GBS

Per "Rete GBS" si intende l'insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura e Centri Diagnostici) e dei professionisti convenzionati con GBS, alle quali l'Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile nel sito delle Assicurazioni Generali [www.generali.it](http://www.generali.it) alla voce "Strutture Convenzionate" ed è periodicamente aggiornato. La Rete infatti è suscettibile di modifiche anche in corso dell'annualità assicurativa. L'ufficio Convenzioni provvede all'aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo fornire all'Assicurato un'informazione sempre aggiornata tramite la Centrale Operativa

#### Accesso ai servizi ospedalieri ( ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali )

L'Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata deve contattare la Centrale Operativa possibilmente entro 5 giorni feriali prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione.

La Centrale Operativa è raggiungibile dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18, contattando il numero 800 865 316.

In caso di ricoveri urgenti in orario diverso da quello indicato, si richiede all'assicurato di contattare la Centrale Operativa il primo giorno feriale disponibile.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato, all'atto della telefonata è necessario comunicare:

- nome e cognome della persona che effettua la prestazione
- contraente della polizza
- recapito telefonico mobile – per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- nominativo equipe medica

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa è necessario che l'assicurato trasmetta via fax allo 041 / 2598849 la prescrizione medica con i seguenti elementi:

- indicazione della prestazione da effettuare
- diagnosi
- anamnesi prossima e remota.

La preventiva richiesta dell'assicurato, l'invio della documentazione sopra indicata e la successiva conferma da parte della Centrale Operativa sono condizioni indispensabili per l'operatività del

pagamento diretto.

All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, entro le 48 ore successive autorizza la struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.

All'atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d' impegno", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dalla D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a GBS direttamente gli originali delle fatture e copia dei referti per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Nel caso in cui la Centrale Operativa non autorizzi la prestazione con pagamento diretto perché dalla documentazione presentata non è ben identificabile l'indennizzabilità a termini di polizza e successivamente invece questa viene appurata, il sinistro sarà liquidato in modalità rimborsuale per la parte riconosciuta dal Piano Sanitario.

Si ribadisce che l'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente quando queste siano state garantite dalla Centrale Operativa.

**Pagamento diretto delle spese garantite dalla polizza in caso di prestazioni sanitarie presso la Rete GBS**

Qualora la Centrale Operativa abbia autorizzato il pagamento diretto a ricovero avvenuto o a prestazione sanitaria erogata, la Compagnia Assicuratrice pagherà direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ed ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza, ferma l'applicazione dell'eventuale franchigia che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria al momento della dimissione.

L'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

Accesso ai servizi extraospedalieri (accertamenti diagnostici se previsti dalla relativa garanzia e attivato il servizio di pagamento diretto)

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare una prestazione extraospedaliera presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 2 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico.

La richiesta per attivare il pagamento diretto deve essere effettuata telefonicamente chiamando il numero dedicato e comunicando:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- contraente di polizza
- recapito telefonico mobile – per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi o presunta diagnosi.

Alla positiva verifica della convenzione la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza entro le 24 ore successive la struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) ad effettuare la prestazione nel rispetto delle condizioni generali di assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura) senza contattare l'assicurato.

Nel caso in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa invierà un fax di negazione alla struttura sanitaria e contatterà l'assicurato.

L'Assicurato al momento dell'accettazione presso gli ambulatori dovrà sottoscrivere la "lettera d'impegno" (documento che riporta gli obblighi reciproci tra assicurato e struttura sanitaria convenzionata) in relazione alla prestazione e con riferimento alle condizioni di assicurazione, e consegnare la prescrizione comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a GBS gli originali delle fatture e la richiesta medica della prestazione per il pagamento delle stesse nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.

## **Prestazioni pre e post ricovero**

L'autorizzazione di una prestazione diagnostica sarà ricompresa nell'ambito delle prestazioni pre-ricovero solo se il ricovero è già stato autorizzato dalla Centrale Operativa; viceversa la prestazione sarà autorizzata nell'ambito dell'area Extraricovero. Relativamente alle prestazioni post-ricovero, l'Assistito può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta con l'invio della lettera di dimissione.

#### **NOTA**

Qualora l'assicurato utilizzi un centro clinico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere come aderente al Piano Sanitario ASDEP per il tramite di Assicurazioni Generali. La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto.

#### **Attenzione**

**Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con Asdep attraverso Assicurazioni Generali.**

**E' sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.**

**Rimane in ogni caso fermo il diritto dell'assicurato di utilizzare una struttura convenzionata con la Società e medici non convenzionati con la stessa. In questo caso, la Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le spese di competenza della struttura e a rimborsare gli onorari medici ovvero di ogni altra spesa inerente prestazioni utilizzate/effettuate al di fuori del convenzionamento con le modalità che verranno descritte più avanti.**

#### **5.3. Se utilizzi una struttura non convenzionata per Asdep tramite Assicurazioni Generali**

**In caso di ricovero**, per garantire comunque all'Isritto la possibilità di utilizzare le prestazioni del piano sanitario, Asdep tramite Assicurazioni Generali ha deciso di dare la facoltà ai propri iscritti di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con Asdep tramite Assicurazioni Generali, qualora la provincia di domicilio risultasse scoperta, ovvero non fossero presenti reparti e medici specializzati alla cura o all'esecuzione dell'intervento per la patologia/infortunio per i quali si rende necessario il ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale.

In questo caso il rimborso delle spese sostenute avverrà con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

**In caso di prestazioni extra-ricovero**, per garantire all'Isritto la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario prevede la facoltà di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate per Asdep tramite Assicurazioni Generali.

Anche in questo caso il rimborso delle spese sostenute avverrà con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

Indichiamo di seguito la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto nelle singole garanzie del Piano sanitario.

All'atto delle dimissioni l'Isritto dovrà saldare le fatture e le note spese. **Per richiederne il rimborso**, l'Isritto deve inviare direttamente alla sede di **Asdep (presso)** la documentazione necessaria:

- il modulo di richiesta rimborso compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente guida oppure sul sito [www.asdep.it](http://www.asdep.it) al termine della procedura di Richiesta di rimborso on-line (vedi capitolo 6);
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della certificazione medica contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in **COPIA** in cui risulti il quietanziamento. **Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto.**



Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Asdep avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata e previa consegna ad Asdep della documentazione di cui sopra.

E' bene sapere che l'Iscritto dovrà consentire controlli medici eventualmente disposti da Asdep e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione la quale serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

#### **5.4. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale**

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi in termini di professionalità, comfort e qualità del servizio. Ma non bisogna dimenticare che in Italia il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Iscritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche, salvo quanto previsto nelle singole garanzie del Piano sanitario.

- Qualora l'Iscritto sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Iscritto;
- Corresponsione in alternativa di una indennità sostitutiva in caso di ricovero, le cui modalità verranno descritte più avanti.

In entrambi i casi, per richiedere il rimborso occorre seguire le modalità descritte nel punto precedente (5.4).

#### **5.5. Professione intramuraria**

Se il ricovero avviene in un reparto a pagamento e con prestazioni mediche a pagamento all'interno di un ospedale pubblico si parla di professione intramuraria e il costo rimane a carico del paziente. Rimangono ferme le regole per la valutazione della copertura per le eventuali prestazioni, alle modalità appena esposte (5.3 e 5.4).

### **6. SERVIZI ON-LINE FORNITI DA ASDEP PER IL TRAMITE DI ASSICURAZIONI GENERALI**

ASDEP per il tramite di Assicurazioni Generali mette a disposizione un servizio WEB per la consultazione dello stato di liquidazione delle richieste di rimborso.

#### **6.1 Modalità di accesso**

Ogni assicurato (capo nucleo) può accreditarsi collegandosi alla pagina riservata alla gestione dei sinistri nel sito [www.asdep.it](http://www.asdep.it) ed effettuare la procedura di iscrizione seguendo i passi sotto elencati:

- **Accedere alla pagina di accredito seguendo le istruzioni della sezione dedicata "Per iscriversi al servizio di consultazione dello stato delle pratiche Cliccare >> qui ..."**
- **Compilare tutti i dati che vengono richiesti**
- **Attendere il riscontro del sistema relativamente alla propria presenza in anagrafica**
- **Rispondere alle ulteriori domande per la verifica definitiva**

- **Attendere l'invio di ID e Password tramite un sms al proprio numero di cellulare (o mail al proprio indirizzo se il cellulare non è disponibile)**

## **6.2 Anomalie all'atto dell'accredito**

Qualora il sistema rilevasse delle anomalie l'assicurato riceverà una e-mail che ne specificherà i motivi e le azioni necessarie per risolvere il problema.

## **6.3 Recupero della password in caso di smarrimento**

Qualora l'assicurato non ricordasse la sua password attiva può eseguire l'apposita procedura di recupero digitando il solo codice fiscale del capo nucleo sulla stessa pagina e premendo il tasto "Invia", riceverà a brevissimo giro di e-mail la password attiva.

## **6.4 Sostituzione della password**

L'Assicurato è libero, quando lo desidera, di sostituire la password attiva con una nuova password selezionando la funzione "Profilo Utente" dalla pagina di visualizzazione stato richieste di rimborso.

L'assicurato dovrà quindi digitare prima la vecchia password e quindi la nuova, premere "Salva informazioni", se la vecchia password corrisponde e la nuova password è diversa dalla precedente il sistema applica immediatamente la variazione.

## **6.5 Scadenza della password**

Come prevede la normativa la password attiva possiede una validità di 45 giorni, trascorso tale periodo il sistema provvede alla segnalazione automatica invitando l'utente, al momento dell'accesso, ad inserire prima la vecchia password, quindi la nuova e a premere "Salva Informazioni". Se la vecchia password corrisponde e la nuova password è diversa dalla precedente il sistema accredita immediatamente e concede l'accesso ai dati.

## **6.6 Accesso alle informazioni**

Ricevuti ID e Password via sms o mail, l'assicurato potrà accedere alle informazioni di sua competenza

Qualora i dati anagrafici fossero incompleti verrà richiesto di provvedere all'integrazione delle sole informazioni necessarie alla visualizzazione delle richieste di rimborso come ad esempio i codici fiscali, nome e cognome dei familiari e delle persone a carico.

Nella parte superiore della pagina di visualizzazione saranno comunque sempre riportati i dati anagrafici significativi.

Sarà visualizzata la lista delle proprie richieste di rimborso ordinata in maniera temporale (a partire dalla più recente) contenente le seguenti informazioni:

- Numero di sinistro
- Data timbro postale
- Data presa in carico Compagnia
- Data liquidazione/reiezione
- Importo liquidato
- Breve descrizione del contenuto (data e numero delle fatture allegate alla richiesta di rimborso)

## **6.7 Time out di sessione**

Trascorsi 20 minuti di inattività, ovvero senza eseguire nessun comando nella pagina di visualizzazione, il sistema chiude la connessione e quindi sarà necessario digitare nuovamente ID e Password ripetendo di fatto la procedura di accesso.

## 6.8 Tempi di aggiornamento delle liste di visualizzazione stato pratica

Dalla data di ricezione della documentazione al momento di pubblicazione dello stato di lavorazione possono trascorrere alcuni giorni necessari ai gestori per trascodificare le informazioni e istruire la richiesta. Tanto più i dati saranno completi e allineati con le anagrafiche quanto prima l'assicurato potrà usufruire di questo servizio.

## 7. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti garanzie:

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico;
- area extraricovero – alta diagnostica;
- area extraricovero – altre prestazioni diagnostiche;
- cure prolungate post diagnosi;
- protesi dentarie ed interventi di implantologia da infortunio;
- cure dentarie da infortunio.
- Indennità di ricovero a seguito di atti violenti (valida solo per il caponucleo)

### 7.1. Area ricovero

#### N.B. ATTENZIONE

**Le spese dei ricoveri avvenuti a cavallo dell'anno, che quindi hanno avuto inizio prima del 01/01/2013, sono di competenza del precedente gestore comprese anche tutte le prestazioni post-ricovero inerenti al ricovero stesso.**

#### 7.1.1 Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, day-hospital chirurgico e intervento chirurgico ambulatoriale

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'iscritto venga ricoverato per effettuare un intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

<b>Pre-ricovero</b>	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei <b>90</b> giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero/day-hospital in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
<b>Intervento chirurgico</b>	Onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.

<b>Assistenza medica, medicinali, cure</b>	Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day-Hospital o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico.
<b>Rette di degenza</b>	Rette di degenza, con il limite giornaliero di € 500,00 più il 50% dell'eccedenza, aumentato ad € 1.000,00 più il 50% dell'eccedenza per le degenze nei reparti di terapia intensiva e sub-intensiva. Tali limiti si applicano solo in caso di prestazioni effettuate non in regime di convenzionamento.
<b>Accompagnatore</b>	Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'iscritto con il limite giornaliero di € 50,00 e con un massimo di giorni 30 per annualità associativa.
<b>Trapianti</b>	Prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza.
<b>Trasporto</b>	Trasporto dell'iscritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, con mezzi idonei al trasporto del malato, ovvero mezzi adeguatamente attrezzati date le condizioni del malato stesso (oltre all'ambulanza, l'eliambulanza, le squadre di soccorso e l'unità coronaria mobile), con conseguente esclusione dei mezzi di proprietà e quelli utilizzati per il trasporto ordinario col massimo di € 1.550,00 per annualità associativa.
<b>Post-ricovero</b>	Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

#### 7.1.2 Ricovero senza intervento chirurgico, day-hospital senza intervento chirurgico, parto non cesareo

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'iscritto venga ricoverato senza eseguire un intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

<b>Pre-ricovero</b>	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei <b>90</b> giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero/day-hospital in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
<b>Assistenza medica, medicinali, cure</b>	Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day-Hospital.
<b>Rette di degenza</b>	Rette di degenza, con il limite giornaliero di <b>€ 500,00 più il 50% dell'eccedenza</b> , aumentato ad <b>€ 1000,00 più il 50% dell'eccedenza</b> per le degenze nei reparti di terapia intensiva e sub-intensiva. Tali limiti si applicano solo in caso di prestazioni effettuate non in regime di convenzionamento.
<b>Accompagnatore</b>	Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'iscritto con il limite giornaliero di <b>€ 50,00</b> e con un massimo di <b>giorni 30</b> per annualità associativa.
<b>Trasporto</b>	Trasporto dell'iscritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, con mezzi idonei al trasporto del malato, ovvero mezzi adeguatamente attrezzati date le condizioni del malato stesso (oltre all'ambulanza, l'eliambulanza, le squadre di soccorso e l'unità coronaria mobile), con conseguente esclusione dei mezzi di proprietà e quelli utilizzati per il trasporto ordinario col massimo di <b>€ 1.550,00</b> per annualità associativa.
<b>Post-ricovero</b>	Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei <b>120</b> giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

→ In caso di **parto non cesareo**, Asdep rimborsa le spese sostenute per rette di degenza, onorari medici, cure, medicinali, esami e accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.

Per tale prestazione non è operante il servizio di convenzionamento diretto, pertanto, l'iscritto dovrà provvedere a saldare direttamente le spese sostenute e successivamente a presentare la richiesta di rimborso a Asdep, presso Assicurazioni Generali.

Le spese sostenute verranno rimborsate nel limite massimo di **€ 3.000,00** per evento, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto.

Per ottenere il rimborso da parte di Asdep tramite Assicurazioni Generali, è necessario che l'iscritto allegghi alla copia delle fatture copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione

ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

→ In caso di **parto cesareo**, il limite massimo di rimborso sarà pari ad **€ 6.000,00** per evento e verrà calcolato senza applicazione di alcuna franchigia; le prestazioni si intendono prestate anche per il neonato fermo restando il massimale unico di € 6.000,00. All'interno di questo limite massimo verranno rimborsate anche le prestazioni di pre e post ricovero solo se strettamente collegate all'intervento chirurgico (ad es. visita anestesiologicala).

→ A parziale deroga di quanto previsto nel paragrafo 7.12 punto g), in caso di ricovero ospedaliero e Day-hospital dovuti a malattie mentali e disturbi psichici in genere (compresi i comportamenti nevrotici), la Società rimborsa le spese indicate nella presente sezione "Ricovero senza intervento chirurgico, day-hospital senza intervento chirurgico, parto non cesareo", effettuati previa autorizzazione sia in struttura convenzionata sia non convenzionata, previa autorizzazione della Centrale Operativa, il limite massimo di rimborso sarà pari ad € 6.000 per anno e per nucleo, fermi restando franchigie e scoperti applicabili ai sensi di polizza.

## 7.2 Modalità di erogazione delle prestazioni dell'area ricovero

Le prestazioni dell'area ricovero vengono erogate con le seguenti modalità:

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate per Asdep tramite Assicurazioni Generali e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate alle strutture stesse direttamente da Asdep tramite Assicurazioni Generali, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile a carico dell'isritto di:

- **€ 750,00** in caso di ricovero con intervento chirurgico;
- **€ 375,00** in caso di ricovero senza intervento chirurgico;
- **€ 375,00** in caso di day-hospital con o senza intervento chirurgico;
- **Nessuna franchigia** in caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Asdep attraverso Assicurazioni Generali**

### N.B. ATTENZIONE

**La presente modalità di erogazione delle prestazioni di ricovero è operante esclusivamente nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato in una Provincia priva di strutture sanitarie convenzionate per Asdep tramite Assicurazioni Generali, ovvero nel caso in cui in tali strutture non siano presenti reparti e medici specializzati alla cura, o all'esecuzione dell'intervento, per la patologia/infortunio per i quali si rende necessario il ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale. E' necessario attivare la Centrale Operativa almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la non disponibilità di strutture convenzionate nella Provincia di domicilio.**

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Isritto nel limite di spesa per evento di **€ 50.000,00** (raddoppiato in caso di grande intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto 10) con l'applicazione di un minimo non indennizzabile a carico dell'isritto di:

- **€ 1.000,00** in caso di ricovero con intervento chirurgico;
- **€ 500,00** in caso di ricovero senza intervento chirurgico;
- **€ 500,00** in caso di day-hospital con o senza intervento chirurgico;
- **€ 300,00** in caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

→ In caso di prestazioni di **pre e post ricovero**, il rimborso delle spese avverrà previa applicazione di uno scoperto del **20%**, ad eccezione dei ticket sanitari che verranno rimborsati integralmente, nell'ambito del limite per evento di **€ 50.000,00** inteso come sottolimito del successivo punto 7.4 "Il limite di spesa annuo dell'area ricovero" (raddoppiato in caso di grande intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto 9).

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate per Asdep tramite Assicurazioni Generali e prestazioni effettuate da medici non convenzionati**

Rimane in ogni caso fermo il diritto dell'assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, di utilizzare una struttura convenzionata con la Società e medici non convenzionati con la stessa. In questo caso, la Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le spese di competenza della struttura, ad eccezione della franchigia di cui sopra, mentre per le spese relative agli onorari medici ovvero ogni altra spesa inerente prestazioni utilizzate/effettuate al di fuori del convenzionamento per il tramite della Società verrà applicato uno scoperto pari al 40%.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Asdep rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Iscritto durante il ricovero. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 7.3).

### 7.3 Indennità sostitutiva

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso ad Asdep, tramite Assicurazioni Generali, né per il ricovero (totale o parziale) né per altra prestazione ad esso connessa (ad eccezione degli accertamenti pre e post ricovero di cui sotto), avrà diritto a una diaria di **€ 50,00** per ogni giorno di ricovero - con l'applicazione di una franchigia di **1** giorno nel caso di ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico - per un massimo di **100** giorni per annualità associativa.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

La diaria verrà corrisposta anche in caso di day-hospital per un importo di **€ 25,00** per ogni giorno di day-hospital per un massimo di **100** giorni per annualità associativa.

La garanzia non è operante in caso di ricovero per parto non cesareo.

Per ottenere il riconoscimento della diaria da parte di Asdep tramite Assicurazioni Generali, è necessario che l'Iscritto alleggi copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

Le eventuali spese per prestazioni di pre o post ricovero di cui ai precedenti punti 6.1.1 e 6.1.2 "Pre ricovero" e "Post ricovero" verranno comunque rimborsate con le modalità previste ai precedenti punti.

### 7.4 Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 350.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare (raddoppiato in caso di grande intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto 10).

### 7.5 Area extraricovero – Alta diagnostica

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche di alta specializzazione:

• angiografia	• elettroencefalografia
• angiografia digitale	• galattografia
• artrografia	• gastroscopia
• broncografia	• holter
• chemioterapia	• laserterapia
• cisternografia	• linfografia
• cistografia	• mielografia
• cistoscopia	• moc
• cistouretrografia	• pet
• clisma opaco	• radioterapia

<ul style="list-style-type: none"> <li>• cobaltoterapia</li> <li>• colangiografia</li> <li>• colangiografia percutanea</li> <li>• colecistografia</li> <li>• coronarografia</li> <li>• doppler</li> <li>• ecocardiogramma</li> <li>• ecocolordoppler</li> <li>• ecodoppler</li> <li>• elettrocardiografia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• retinografia</li> <li>• risonanza magnetica nucleare</li> <li>• rx esofago</li> <li>• rx tubo digerente</li> <li>• scintigrafia</li> <li>• tac</li> <li>• telecuore</li> <li>• terapie radianti</li> <li>• uroflussometria</li> <li>• urografia</li> </ul>
--	---

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate per Asdep tramite Assicurazioni Generali ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Asdep per il tramite di Assicurazioni Generali alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della certificazione medica indicante la diagnosi/quesito diagnostico relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate per Asdep tramite Assicurazioni Generali**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Per ottenere il rimborso da parte di Asdep tramite Assicurazioni Generali, è necessario che l'Isritto alleggi alla copia della fattura la certificazione medica indicante la diagnosi/quesito diagnostico relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Asdep rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso da parte di Asdep tramite Assicurazioni Generali, è necessario che l'Isritto alleggi alla copia della fattura la certificazione medica indicante la diagnosi/quesito diagnostico relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 350.000,00 per nucleo familiare.**

#### 7.6 Area extraricovero – Altre prestazioni diagnostiche

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche, anche se non collegate a ricovero:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcolizzazione</li> <li>• Amniocentesi e villocentesi (oltre il 35°anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto)</li> <li>• Arteriografia digitale</li> <li>• Broncoscopia</li> <li>• Colonscopia</li> <li>• Duodenoscopia</li> <li>• Ecografia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esofagoscopia</li> <li>• Mammografia</li> <li>• Pancolonscopia</li> <li>• Radionefrogramma</li> <li>• Rectosigmoidocolonscopia</li> <li>• Rettoscopia</li> <li>• Vesciculoderentografia</li> <li>• Wirsungrafia</li> <li>• Agopuntura ed Elettroagopuntura (purchè effettuate da medico specialista)</li> <li>• Logopedia</li> </ul>
---	---

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate per Asdep tramite Assicurazioni Generali**



Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Asdep per il tramite di Assicurazioni Generali alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della certificazione medica indicante la diagnosi/quesito diagnostico relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica.

• **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate per Asdep tramite Assicurazioni Generali**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Per ottenere il rimborso da parte di Asdep tramite Assicurazioni Generali, è necessario che l'Iscritto allegghi alla copia della fattura la certificazione medica indicante la diagnosi/quesito diagnostico relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica.

• **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Asdep rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso da parte di Asdep tramite Assicurazioni Generali, è necessario che l'Iscritto allegghi alla copia della fattura la certificazione medica indicante la diagnosi/quesito diagnostico relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente garanzia  
è di € 1.800,00 per nucleo familiare.**

#### **7.7 Trattamenti fisioterapici e riabilitativi**

Infine, entro il limite anno/nucleo di € 600, da intendersi come sottomassimale di quello stabilito al punto 7.6, la Società rimborsa anche le spese per trattamenti fisioterapici e riabilitativi prescritti da medico specialista a seguito di malattia e/o infortunio ed eseguiti da persone iscritte all'albo professionale riconosciuto dagli Elenchi delle Arti e Professioni sanitarie.

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate con la Società, questa provvederà al rimborso delle spese sostanziate relative alla prestazione effettuata, salvo la franchigia di € 25 per ciascuna prestazione/seduta che rimarrà a carico dell'assicurato.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società, questa provvederà al pagamento diretto delle spese relative alla prestazione effettuata, salvo la franchigia di € 25 per ciascuna prestazione/seduta che dovrà essere pagata direttamente dall'assicurato alla struttura sanitaria.

Asdep rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto

#### **7.8 Cure prolungate post diagnosi**

In caso di diagnosi di uno dei seguenti gravi stati patologici:

- malattia oncologica maligna;
- insufficienza renale;
- ictus cerebrale;

Asdep tramite Assicurazioni Generali rimborsa le spese sostenute entro **1 anno** dalla prima diagnosi, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie.

Per ottenere il rimborso da parte di Asdep tramite Assicurazioni Generali, è necessario che l'Iscritto allegghi alla copia della fattura la copia della certificazione medica contenente la patologia cui si riferiscono le prestazioni effettuate.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente garanzia  
è di € 2.500,00 per evento.**

#### **7.9 Protesi dentarie da infortunio**

Il Piano sanitario rimborsa all'Iscritto le spese sostenute e documentate per la fornitura di protesi dentarie rese necessarie da infortunio, certificato da referto del Pronto Soccorso, con il limite di € 800,00 per ogni elemento di protesi dentaria.

Per ottenere il rimborso da parte di Asdep tramite Assicurazioni Generali, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura, idonea documentazione nella quale siano indicate le prestazioni eseguite ed il referto del Pronto Soccorso.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente garanzia  
è di € 4.000,00 per nucleo familiare.**

#### **7.10 Cure dentarie da infortunio**

Il Piano sanitario rimborsa all'Iscritto le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessario da infortunio, certificato da referto di Pronto Soccorso.

Per ottenere il rimborso da parte di Asdep tramite Assicurazioni Generali, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura, idonea documentazione nella quale siano indicate le prestazioni eseguite ed il referto del Pronto Soccorso.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente garanzia  
è di € 3.000,00 per nucleo familiare.**

#### **7.11 Indennità da ricovero a seguito di atti violenti (valida solo per il caponucleo)**

In caso di ricovero con pernottamento, comportante la permanenza nella struttura di cura pubblica o privata di almeno 5 giorni continuativi o almeno dieci giorni non continuativi, conseguente ad atti violenti (incluso terrorismo e avvelenamento), la Società corrisponderà, a condizione che l'evento sia avvenuto durante lo

svolgimento dell'attività professionale, un indennizzo forfettario pari al 50% dell'importo calcolato come segue: retribuzione di fatto annua lorda dell'assicurato aumentata degli oneri contributivi a carico del datore di lavoro (costo azienda). In caso di decesso successivo al ricovero, si procederà all'indennizzo anche qualora non siano decorsi i termini temporali del ricovero riportati al precedente capoverso.

Per ulteriori dettagli si rimanda alle Condizioni Generali di Assicurazione

La garanzia opera a favore unicamente del caponucleo con il limite massimo di indennizzo annuo pari a € 300.000,00.

In caso di sinistro l'assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso:

- la denuncia alle autorità competenti
- copia della cartella clinica integrale
- dichiarazione dell'Ente a conferma che l'evento sia avvenuto durante l'attività professionale
- dichiarazione della RAL del datore del lavoro aumentata degli oneri contributivi a carico del datore di lavoro

#### **7.12 Esclusioni**

- a) Gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- d) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 4° anno di età.
- f) le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- g) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- h) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- j) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da infortunio, intervento demolitivo o malattia indennizzabili a termini di polizza indipendentemente dalla data di accadimento dell'infortunio o di esecuzione dell'intervento ovvero di insorgenza o diagnosi della malattia;

- k) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradoncio, gli interventi preprotesi e di implantologia, salvo le specifiche deroghe ove previste per quanto concerne le cure dentarie e le protesi a seguito di infortunio;
- l) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- m) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- n) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

Relativamente ai familiari non fiscalmente a carico per i quali sia stata richiesta l'estensione del Piano sanitario, questa non opera per le spese sostenute (che come tali sono escluse dal rimborso ovvero non potranno essere oggetto di pagamento diretto da Asdep tramite Assicurazioni Generali alle strutture convenzionate) per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima dell'ingresso in copertura. Tale esclusione non opera nel caso in cui non vi sia soluzione di continuità tra la copertura assicurativa quale componente del nucleo familiare fiscalmente a carico e l'estensione della copertura stessa quale familiare fiscalmente non a carico.

**La Centrale Operativa è  
in ogni caso a disposizione degli Iscritto  
per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non  
immediata definibilità.**

## 8. LIMITI DI ETÀ

La convenzione vale per le persone di età non superiore a **80** anni. Per quelle che superano tale limite di età il Piano sanitario cessa alla prima scadenza annuale salvo che non sia frattanto intervenuto patto speciale.

## 9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

### 9.1. Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

### 9.2. Gestione dei documenti di spesa

#### **A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate per Asdep tramite Assicurazioni Generali**

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate per Asdep tramite Assicurazioni Generali effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Iscritto.

#### **B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate per Asdep tramite Assicurazioni Generali**

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora Asdep tramite Assicurazioni Generali dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

## 10. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofagoplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- Proctotomia totale
- Derivazioni biliodigestive

- Interventi sulla papilla di Vater
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Tumori della trachea
- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- Correzione impianto anomalo coronarie
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- Correzione canale atrioventricolare completo
- Finestra aorto-polmonare
- Correzione di:
  - ventricolo unico
  - ventricolo destro a doppia uscita
  - truncus arteriosus
  - coartazioni aortiche di tipo fetale
  - coartazioni aortiche multiple o molto estese
  - stenosi aortiche infundibulari
  - stenosi aortiche sopravalvolari
  - trilogia di Fallot
  - tetralogia di Fallot
  - atresia della tricuspide
  - pervietà interventricolare ipertesa
  - pervietà interventricolare con "debanding"
  - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- Sostituzioni valvolari multiple
- By-pass aortocoronarici multipli
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
- Aneurismi aorta toracica
- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec; Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- Emipelvectomia

- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotonomia
- Discoctomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti
- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Trapianti

## **11. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO PER LE PERSONE CHE HANNO ADERITO AL PROGRAMMA INTEGRATIVO**

Il programma integrativo 2013 è a carico del dipendente in servizio.

Le prestazioni previste sono valide per il dipendente in servizio e il nucleo fiscalmente a carico.

Ne caso il dipendente in servizio abbia esteso la copertura sanitaria previste dalla Convenzione anche ai familiari non a carico le prestazioni del presente piano integrativo saranno valide anche per questi ultimi.

- **Visite specialistiche ed esami di laboratorio;**
- **Assistenza infermieristica domiciliare a seguito di ricovero o infortunio;**
- **Medicina preventiva (per il solo capo nucleo);**
- **Protesi ortopediche ed acustiche;**
- **Prestazioni odontoiatriche;**

### **11.1 Visite specialistiche ed esami di laboratorio**

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per:

- a) onorari dei medici per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione;
- b) analisi di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati.

La presente garanzia è operante fino a concorrenza del massimale per anno/nucleo di **€ 1.000**.

Per le prestazioni di cui alla lett. a), in caso di utilizzo di strutture convenzionate con pagamento diretto rimane a carico dell'Assicurato la franchigia € 25 per prestazione; in caso di non utilizzo di strutture convenzionate il rimborso delle spese sostenute e documentate viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ciascuna prestazione del 30% con il minimo di € 50; nel caso di utilizzo del SSN il ticket viene rimborsato integralmente.

Per le prestazioni di cui alla lett. b) è previsto il solo utilizzo del SSN con rimborso integrale dei ticket.

### **11.2 Assistenza infermieristica domiciliare a seguito di ricovero o infortunio**

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di ricovero o infortunio certificato da pronto soccorso per servizi domiciliari infermieristici con il limite di € 25 e per un massimo di 60 giorni all'anno per nucleo.

### **11.3 - Medicina preventiva (valida per il solo capo nucleo)**

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione:

Alanina amionotrasferasi, ALY, Aspartato aminotrasferasi, AST, Colesterolo HDL, Colesterolo totale, Creatinina, Esame emocromocitometrico e morfologico completo, Gamma GT, Glicemia, Trigliceridi, Tempo di protrombina parziale PTT, Tempo di protrombina PT, Urea, Urine: esame chimico, fisico e microscopico, Feci: ricerca sangue occulto, Elettrocardiogramma di Base, Ves (solo donne)

Nel caso di non utilizzo di strutture convenzionate la Società rimborsa le spese sostenute nel limite di **€ 200** per anno.

### **11.4 – Protesi ortopediche ed acustiche**

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici fino a concorrenza del massimale di **€ 1.000** per anno/nucleo e con applicazione di uno scoperto del 25% per prestazione.

## 11.5 – Prestazioni odontoiatriche

La Società, a parziale deroga della Sezione 7.12 lettera k) - Esclusioni, provvede al pagamento delle spese sostenute per cure, estrazioni e protesi dentarie effettuate negli studi odontoiatrici convenzionati, nel limite del massimale di € 1.000 per anno/nucleo e in base alle percentuali indicate nel piano di rimborso.

Si precisa che visita e ablazione del tartaro sono erogate una volta all'anno per persona assicurata.

PRESTAZIONI	IN RETE
VISITA ODONTOIATRICA	100%
ABLAZIONE DEL TARTARO	100%
RADIOGRAFIA COMP	100%
PARADONTOLOGIA	0%
CONSERVATIVA	0%
CHIRURGIA	100%
ENDODONZIA	50%
VISITA EMERGENZA	100%
IMPLANTOLOGIA	Sottolimito € 450
PROTESICA	0%
ORTODONZIA	0%

### 11.5.1 – Procedura operativa per l'accesso alle prestazioni odontoiatriche tramite Pronto-Care

#### CHI È PRONTO-CARE

La gestione dei piani odontoiatrici è affidata a Pronto-Care, società leader settore dei servizi dentari. Pronto-Care vanta oggi il più ampio e capillare network odontoiatrico presente in Italia e si distingue in termini di massimi livelli di qualità e di convenienza del costo delle prestazioni.

#### I VANTAGGI DEL NETWORK PRONTO-CARE

- Capillarità della rete odontoiatrica su tutto il territorio italiano: 4700 strutture convenzionate
- Garanzia della qualità e professionalità dei dentisti aderenti alla rete
- Tariffe odontoiatriche inferiori del 30% circa rispetto alla media di mercato grazie ad un tariffario univoco contrattualizzato con tutti i dentisti appartenenti alla rete
- Possibilità di individuare il dentista del Network più idoneo alle esigenze dell'Assistito
- Possibilità di richiedere l'affiliazione del proprio dentista
- Autorizzazione preventiva delle cure per gli Assistiti che utilizzeranno un dentista appartenente al Network
- Pagamento diretto al dentista della quota di rimborso
- Servizio di assistenza Servizio Clienti attraverso il numero verde dedicato

#### SOCIAL-CARE

Social-Care è uno strumento innovativo di comunicazione ideato e perfezionato da Pronto-Care a disposizione di tutti gli assistiti: collegandosi al sito [www.pronto-care.com](http://www.pronto-care.com) e digitando le proprie credenziali, si può accedere all'area riservata, che consente una gestione rapida ed efficace delle pratiche per via telematica.

Accedendo al Social-Care è possibile:

- Localizzare sulla mappa i dentisti più vicini e visionare la scheda di ciascuno studio, con descrizione, foto, contatti e informazioni
- Confermare/richiedere gli appuntamenti direttamente on-line dalla scheda dello studio
- Comunicare attraverso un filo diretto con Pronto-Care e con i dentisti
- Conservare lo storico di tutte le comunicazioni avvenute, l'archivio dei documenti trasmessi e visionare lo stato delle pratiche.
- Approfittare della semplificazione della procedura

## **COME REGISTRARSI**

Primo accesso. L'assistito che vuole accedere per la prima volta al Social-Care deve collegarsi al sito [www.pronto-care.com](http://www.pronto-care.com) e cliccare nel link dedicato, all'interno della sezione "REGISTRAZIONE".

L'assistito deve compilare il form indicando nome – cognome – codice fiscale – indirizzo e-mail (preferibilmente aziendale).

Pronto-Care invia, all'indirizzo e-mail indicato, una password per consentire il primo accesso.

Inserendo nella sezione della home page "ACCESSO PER TUTTI GLI UTENTI REGISTRATI" indirizzo email e password ricevuta, l'assistito accede al suo spazio Social-Care.

Modifica password. Se lo desidera, l'assistito può modificare la password attraverso la funzione "Modifica credenziali" presente nella sezione "GESTIONE PROFILO".

Tale password rimane valida per i successivi accessi finché non nuovamente modificata dall'assistito.

Password dimenticata. Se l'assistito dimentica la password, deve impostarne una nuova: non è possibile recuperare la password dimenticata. Nella home page, all'interno della sezione "ACCESSO PER TUTTI GLI UTENTI REGISTRATI" il link "Se ha dimenticato la password clicchi qui" apre la schermata "Profilo utente", nella quale viene richiesto di indicare l'indirizzo e-mail.

L'assistito riceve un messaggio di posta elettronica contenente le indicazioni per impostare una nuova password.

Accessi. L'assistito in possesso di indirizzo e-mail e password può accedere al Social-Care inserendo le sue credenziali nella sezione "ACCESSO PER TUTTI GLI UTENTI REGISTRATI".

Codice azienda. L'assistito in possesso del codice azienda ricevuto da Pronto-Care, può inserirlo nella sezione "CODICE AZIENDA SOLO PER ASSISTITI", rispettando i caratteri minuscoli-maiuscoli, e visionare le pagine aziendali con procedure e modulistica dedicate alla sua polizza di appartenenza.

Per assistenza all'accesso: [registrazione@pronto-care.com](mailto:registrazione@pronto-care.com)

## **PROCEDURA IN RETE**

Ricerca del dentista nel network

Al momento dell'accesso al Social-Care l'assistito visualizza automaticamente una mappa con gli studi convenzionati più vicini all'indirizzo del suo domicilio.

La ricerca del dentista può essere effettuata dall'assistito anche su base geografica (inserendo qualsiasi indirizzo, ad esempio quello di lavoro) oppure può avvenire per nome (se già si conosce il nome di un dentista convenzionato).

La presenza di filtri consente anche di selezionare soltanto gli studi che rispondono a determinati requisiti.

Cliccando sul nominativo di ciascuno studio presente, è possibile visualizzarne la scheda, con immagini, informazioni, descrizioni.

Conferma/richiesta di un appuntamento

Una volta individuato lo studio, l'assistito può:

- contattare autonomamente lo studio convenzionato per concordare giorno e ora dell'appuntamento. In questo caso, affinché la procedura possa essere avviata correttamente, deve aprire la pagina del dentista prescelto nel Social-Care e compilare il form "Conferma di appuntamento".
- rivolgersi a Pronto-Care per fissare l'appuntamento. In questo caso l'assistito, dalla pagina del dentista nel Social-Care, deve compilare il form "Richiesta di appuntamento" indicando le sue preferenze di giorni e fasce orarie.

Quando Pronto-Care fissa l'appuntamento, l'assistito riceve conferma.

L'assistito può visionare i dettagli dell'appuntamento fissato nella sezione "I MIEI PIANI DI CURA" alla voce "I miei appuntamenti in rete/autorizzazioni".

Il preventivo e la fatturazione

Se dopo la visita si rendono necessarie altre cure, su richiesta dello studio Pronto-Care elabora il preventivo in conformità alle condizioni di polizza, indicando la quota di rimborso e la quota di scoperto eventualmente a suo carico (che deve essere corrisposta direttamente dall'assistito allo studio).

L'assistito può visualizzare il suo preventivo nel Social-Care nella sezione "I MIEI PIANI DI CURA" alla voce "I miei appuntamenti in rete/autorizzazioni" e ha la facoltà di annullarlo.

L'assistito che accede alla procedura in rete ha diritto di fruire delle tariffe previste nel Tariffario degli Studi Convenzionati e beneficiare di sconti per tutte le prestazioni non presenti in elenco.

Una volta terminate le cure, l'assistito corrisponde allo studio la quota eventualmente a suo carico e lo studio invia a Pronto-Care la fattura per la liquidazione diretta della quota coperta da rimborso.

Pronto-Care, una volta liquidato il sinistro, invia una notifica all'assistito.

L'Assistito può controllare lo stato delle liquidazioni relativo alle sue pratiche attraverso il Social-Care nella sezione "I MIEI PIANI DI CURA" alla voce "I miei rimborsi".

Pronto-Care provvede ad inviare il dettaglio della liquidazione al recapito di domicilio dell'assistito.



### **COME RICHIEDERE L’AFFILIAZIONE DI UNO STUDIO ODONTOIATRICO**

L’assistito che desidera richiedere l’affiliazione di uno studio odontoiatrico, può inviare una e-mail con i dati dello studio a: [affiliazioni@pronto-care.com](mailto:affiliazioni@pronto-care.com) oppure compilare l’apposito modulo on line “Segnalazione dentista” presente nel sito [www.pronto-care.com](http://www.pronto-care.com) .

L’ufficio affiliazioni Pronto-Care contatta lo studio entro breve termine dall’inoltro della richiesta per proporre l’adesione al network.

### **COMUNICAZIONI CON PRONTO-CARE**

Richiesta di informazioni inerenti una specifica pratica

L’assistito accede al Social-Care e, nella sezione “I MIEI PIANI DI CURA” alla voce “I miei appuntamenti/le mie autorizzazioni” oppure “I miei rimborsi”, clicca su “Richiesta di informazioni”.

Un operatore del Servizio Clienti risponde al più presto.

Richiesta di informazioni generiche

L’assistito accede al Social-Care e nella sezione “COMUNICAZIONI CON PRONTO-CARE” seleziona “Nuovo messaggio”.

Tutte le comunicazioni generiche avvenute con Pronto-Care sono archiviate alla voce “Archivio” della sezione “COMUNICAZIONI CON PRONTO-CARE”.

### **CONTATTI PRONTO-CARE**

Numero Verde attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18: 800 197 397

Fax 02 4004 4554 / 031 5472073

Per informazioni generiche: [info@pronto-care.com](mailto:info@pronto-care.com)

Per informazioni sulle liquidazioni: [liquidazioni@pronto-care.com](mailto:liquidazioni@pronto-care.com)

Per segnalare il proprio dentista e proporre l’affiliazione: [affiliazioni@pronto-care.com](mailto:affiliazioni@pronto-care.com)