

Sussidi SALUS

GIC

Grandi Interventi Chirurgici

**RISERVATA A
“ANMI”**



DEFINIZIONI

Associato: la persona fisica il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia per almeno 7 mesi all'anno, anche non consecutivi.

Attività professionale: attività svolta dall'Associato con carattere abituale, continuativo e remunerativo.

Beneficiario: la persona fisica o giuridica designata dall'Associato, alla quale la Mutua eroga l'indennizzo in caso di infortunio con decesso dell'Associato. In assenza di designazione specifica i beneficiari sono gli eredi legittimi o testamentari.

Centro diagnostico: ambulatorio o poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, per le indagini diagnostiche e/o per gli interventi chirurgici ambulatoriali.

Centrale Salute: gli uffici atti a gestire le procedure di rimborso e le informazioni necessarie per l'erogazione dell'indennizzo.

Contributo: il costo annuo del Sussidio dovuto dall'Associato della Mutua.

Convalescenza: periodo di tempo successivo a un ricovero, prescritto dai medici che hanno curato l'Associato, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale l'Associato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Day hospital: la degenza in istituto di cura che non comporti il pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

Difetto fisico o malformazione: alterazione, mancanza o imperfezione di un organo o di un apparato, anche di natura congenita.

Documenti personali: la carta d'identità, la patente e il passaporto, la tessera sanitaria e la tessera codice fiscale.

Evento: il verificarsi del fatto dannoso per il quale si richiede l'apertura della pratica.

Franchigia: la parte di danno, espressa in misura fissa, che per ogni pratica rimane a carico dell'Associato.

Garanzia: la copertura tramite indennizzo, rimborso o erogazioni di servizi specifici da parte della Società, al verificarsi dell'evento.

Gessatura: l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimuovibile unicamente da personale medico o paramedico, limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

Grande Intervento chirurgico: intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia come indicati all'elenco GIC (Art. C9) del presente Sussidio.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Mutua all'Associato in caso di evento indennizzabile.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Insorgenza: epoca in cui ha inizio la malattia, anche asintomatica e/o non diagnosticata.

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture.

Invalidità permanente: la perdita definitiva, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Associato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo.

Istituto di cura: ospedale, clinica, casa di cura o Istituto universitario, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o di riabilitazione e di soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le cliniche aventi finalità di custodia o educative.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Manifestazione: epoca in cui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi della stessa.

Massimale: la somma, fino alla concorrenza della quale la Mutua presta la Garanzia o la prestazione.

Medico: persona legalmente abilitata all'esercizio della professione medica -ed in particolare alla diagnosi e cura- che esercita la professione nei limiti della propria abilitazione e che non sia l'Associato, un appartenente al suo nucleo familiare ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella dell'Associato o di un di un appartenente al nucleo familiare del medesimo.

Mutua: la Società generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance, di seguito anche Società.

Nucleo familiare: il nucleo risultante sul certificato anagrafico di stato di famiglia.

Pratica: l'insieme di tutti i documenti relativi all'evento dannoso per il quale è prestata la Garanzia/prestazione.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici. Il day hospital, le cure ed i trattamenti anche chirurgici, ambulatoriali, le visite ambulatoriali anche se in Istituto di Cura, non sono considerati ricovero.

Rischio: la probabilità che si verifichi l'evento.

Scoperto: la parte di danno, espressa in misura percentuale, che per ogni pratica rimane a carico dell'Associato.

Sforzo: atto di forza straordinario, per intensità e rapidità nella contrazione muscolare, allo scopo di controbilanciare una potenza o vincere una resistenza.

Sussidio: l'insieme di prestazioni garantite singolarmente o congiuntamente dal regolamento.

Norme relative a tutte le garanzie del Sussidio EQA

Art. 1 - Persone Associate

L'Associato nominativamente indicato nel Sussidio.

Art. 2 - Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

Le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Associato rese al momento della stipula del contratto e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di evento indennizzabile.

Art. 3 - Aggravamento del rischio

L'Associato deve dare immediatamente comunicazione scritta di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso.

Gli aggravamenti di rischi non noti o non accettati dalla Mutua possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta in caso di evento indennizzabile.

Art. 4 - Diminuzione del rischio

L'Associato è tenuto a comunicare alla Mutua qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare la diminuzione del rischio stesso.

Art. 5 - Prestazioni per conto altrui

Se il presente Sussidio è stipulato per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal titolare, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte delle persone garantite.

Art. 6 - Pagamento del contributo e decorrenza della Garanzia

Il Sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dalla ratifica indicato ovvero dalle ore 24:00 del giorno di iscrizione al libro dei soci se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento, se successivo a tale data.

Se l'Associato non paga le rate successive la prima, il Sussidio resta sospeso dalle ore 24:00 del giorno stesso di scadenza della rata e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 7 - Comunicazioni e modifiche

Le comunicazioni tra le parti e le eventuali modificazioni del Sussidio devono essere provate per scritto.

Art. 8 - Persone non garantibili e risoluzione del contratto

Non sono associabili le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero positività da H.I.V., da Parkinson, nonché le persone affette dalle seguenti infermità: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali. L'insorgenza di tali affezioni costituisce causa di risoluzione immediata del contratto. Inoltre non sono associabili le persone che, alla data di sottoscrizione del Sussidio, abbiano compiuto **79 anni di età**, anche se facenti parte del nucleo familiare.

Art. 9 - Massimali

Tutti i massimali menzionati nel presente Sussidio sono da intendersi per Associato per anno di validità del Sussidio, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

Art. 10 - Foro Competente

Foro competente è quello di Roma.

Art.11 - Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative, regolamentari e statuarie.

Norme relative alla Garanzia Grandi Interventi Chirurgici

Art. 1 - Oggetto della Garanzia

Per il ricovero dell'Associato in istituto di cura per un "Grande Intervento Chirurgico" (secondo il solo elenco riportato nel successivo Art. 9: "Elenco Grandi Interventi Chirurgici") reso necessario a seguito di malattia o infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute **nel limite del massimale di € 200.000,00 per Associato e per ciascuna annualità** di validità del Sussidio con applicazione di uno scoperto del 10% sia in Network che fuori Network, con franchigia di min € 1.000,00 e max € 2.500,00

Le spese rimborsabili all'Associato sono quelle sostenute:

- 1) **nei 90 giorni precedenti il ricovero con un submassimale di € 1.500**, visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura;
 - trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, fino al luogo di degenza.

- 2) **durante il ricovero nei limiti del massimale**
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
 - assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
 - rette di degenza;
 - trasporto in ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario dell'Associato ad altro luogo di cura, **con un submassimale di € 2.000,00 per anno**
 - vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore, **con un submassimale di € 1.500,00 per ogni ricovero**

3) dopo il ricovero (nei 90 giorni successivi alla dimissione dal ricovero)

- esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura, **con un submassimale di € 500,00;**
- esami, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, **con un submassimale di € 2.000,00** e acquisto di medicinali, **con un submassimale di € 500,00;**
- trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, per il rientro al proprio domicilio, **con un submassimale di € 2.000,00;**
- assistenza infermieristica a domicilio (€ 50,00 al giorno con un submassimale di Euro 4.500,00);
- assistenza domiciliare non sanitaria da parte di persone che svolgono tale attività in forma professionale e comunque con emissione da parte loro di regolare fattura (€ 25,00 al giorno);
- cure termali prescritte a seguito di intervento chirurgico, **con un submassimale di € 2.000,** – sono escluse le spese alberghiere);

Relativamente alla presente Garanzia, la Società provvede:

- o al pagamento diretto delle spese (purché indennizzabili a termini di Sussidio), secondo le modalità previste al successivo Art. 2 lett. a), qualora l'Associato ricorra per il ricovero e l'intervento alle Strutture e ai Medici Convenzionati con la Società;
- o al rimborso delle spese al termine delle cure sanitarie, secondo le modalità previste al successivo Art. 2 lett. b) qualora l'Associato utilizzi Strutture non convenzionate o se durante il ricovero in una Struttura Sanitaria Convenzionata, abbia fatto ricorso ad un'Equipe Medica non convenzionata.

Art. 2 - Denuncia dell'evento e presa in carico (PIC) e obblighi dell'Associato

- a) Nel caso in cui l'Associato intenda usufruire delle prestazioni dei centri o dei medici specialistici convenzionati deve rivolgersi alla Società almeno 3 giorni lavorativi prima del presunto ricovero (la telefonata è considerata denuncia dell'evento) e fare richiesta di Pagamento Diretto utilizzando l'apposito modulo (che si può scaricare sul sito della Mutua o al sito www.winsalute.it o richiedere alla Centrale Salute). Qualora l'Associato sia impossibilitato a telefonare può inviare un fax o scrivere alla Centrale Salute.

L'operatore della Centrale Salute, di comune accordo con l'Associato, provvederà a insindacabile giudizio della Società alla presa in carico della prestazione presso il centro convenzionato e informerà l'Associato delle procedure da seguire.

L'Associato unitamente al modulo di richiesta è comunque tenuto a fornire alla Centrale Salute tutta la documentazione richiesta.

- b) Qualora l'Associato non si avvalga dei centri convenzionati con la Società, in caso di evento, l'Associato o chi per lui, dovrà darne comunicazione scritta alla Società, entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità.

La richiesta dovrà essere corredata da certificazione medica. Qualora, trascorsi 30 giorni dalla data di ricovero per malattia o infortunio, o dal verificarsi del fatto che da diritto alla prestazione l'Associato non abbia denunciato l'evento alla Società, decade dal diritto al rimborso.

In ogni caso, l'Associato deve sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre originale o copia conforme all'originale delle cartella clinica

completa e/o della documentazione medica utile ai fini della valutazione della pratica. In caso di infortunio, la denuncia dell'evento deve essere corredata da cartella clinica di pronto soccorso o certificato equivalente di struttura pubblica e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Tutta la documentazione necessaria deve essere inviata alla Società. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia dell'evento può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Art. 3 - Criteri di indennizzo

1) Pagamento Diretto: centri convenzionati

Nel caso di ricorso a strutture convenzionate, l'Associato delega la Società a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dal Sussidio.

Le prestazioni non sanitarie e comunque quelle non garantite dalla Garanzia nonché l'eventuale importo in franchigia o lo scoperto saranno invece direttamente pagate dall'Associato al centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica convenzionata sulla base delle relative fatture.

L'Associato deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra.

Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'Associato deve inoltre restituire alla Società gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie, che dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili.

2) Pagamento Indiretto: centri non convenzionati

Nel caso in cui ci si avvalga di centri o medici non convenzionati con la Società, questa provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Associato nei limiti di Garanzia, secondo le seguenti modalità: il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata su presentazione degli originale della documentazione medica e delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, al netto di eventuale importo in franchigia o dello scoperto. La Società restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di chiusura della pratica e dell'importo da indennizzare.

Qualora l'Associato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture, notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente Garanzia dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dell'Associato. Per le spese sostenute all'estero, dove vige l'Euro, i rimborsi verranno eseguiti in Italia e in Euro.

Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Associato, ricavato dalle quotazioni dell'ufficio italiano dei cambi.

3) Pagamento Misto: centri non convenzionati e medici convenzionati o viceversa

Nel caso in cui o il centro sia convenzionato con la Società e l'equipe medica no, o nel caso in cui il centro non sia convenzionato con la Società e l'equipe medica si, si procederà con il pagamento misto: ossia si applicheranno le norme dell'Art. C3 1) per la parte in convenzione e l'Art. C3 2) per la parte non in convenzione.

Art. 4 - Documentazione da inviare per le richieste di cui all'Art. 3

Ai moduli di richiesta va sempre allegata la seguente documentazione:

- certificato medico attestante l'esistenza della patologia (Malattia o Infortunio), la richiesta di ricovero, intervento, visite specialistiche o esami diagnostici (anche se precedenti o successivi al ricovero);
- copia conforme all'originale della cartella clinica e/o di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Associato; nel caso di richiesta di pagamento diretto, sarà necessario inviare tutta la documentazione medica inerente l'intervento oggetto della richiesta in modo da permettere alla Società la corretta valutazione della pratica e quindi autorizzare la stessa.
- le fatture in originale relative alle spese sostenute, debitamente quietanzate nonché per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-ricovero, prescrizione medica, scontrino della farmacia e fustella della confezione in originale; nel caso di pagamento diretto, tali documenti verranno richiesti dalla Società direttamente al centro convenzionato e gli stessi verranno poi restituiti in originale all'Associato.

La documentazione di spesa dovrà pervenire in originale salvo quanto diversamente indicato dalla Centrale Salute - si consiglia sempre di contattare la stessa prima di inviare documentazione - e salvo il caso in cui l'originale sia stato consegnato ad altro Ente per i rimborsi previsti da altra copertura (in tal caso detta documentazione dovrà essere accompagnata dal documento riepilogativo su cui figura l'ammontare di detto rimborso).

Per le spese sostenute nei giorni pre/post ricovero, se inviate separatamente, occorre indicare nell'apposito spazio il relativo periodo di ricovero.

Art. 5 - Rischi Esclusi

La Garanzia non è operante nei casi di:

- conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione;
- aborto volontario non terapeutico;
- infortuni ed intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica);
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Associato (intendendosi invece comprese nella Garanzia le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'Associato stesso);
- suicidio e tentato suicidio;
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia;
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della Garanzia;
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della Garanzia);
- le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere;
- ricoveri allo scopo di effettuare check up clinici;

- le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione dell'accordo, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della Garanzia;
- ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni – provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e motoristici in genere;
- le conseguenze derivanti da terremoti, guerre, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze derivanti da terrorismo nucleare, biologico e chimico;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della patologia o di dettagliata diagnosi;
- le conseguenze di anoressia e bulimia;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate.

Art. 6 - Pagamento del Contributo Associativo e Decorrenza della Garanzia

Fermo il disposto del successivo Art. 7, "Decorrenza della Garanzia ai termini di aspettativa", la Garanzia ha effetto secondo i criteri dell'Art. 6.

Art. 7 - Decorrenza della Garanzia ai Termini di Aspettativa

La Garanzia decorre:

- a) per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto la Garanzia;
- b) per le malattie: dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto la Garanzia;
- c) per il parto e le malattie da puerperio: dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto la Garanzia;
- d) per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla stipulazione della Garanzia: 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto la Garanzia;
- e) per le malattie dipendenti da gravidanza: dal 60° giorno successivo a quello di effetto della Garanzia, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto della Garanzia stessa.

Nell'eventualità di future variazioni intervenute nel corso della presente Garanzia, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le somme garantite eccedenti e le diverse persone o prestazioni garantite, ovvero dalla data di sottoscrizione del primo modulo di adesione.

Art. 8 - Limiti Territoriali

La Garanzia è valida sul territorio italiano; è altresì valida in tutto il mondo qualora - presentando documentata motivazione - l'Associato abbia dovuto necessariamente ricorrere alla cure all'estero e che le stesse non possano essere rimborsate dal Sistema Sanitario Nazionale Italiano secondo le leggi vigenti.

Nel caso di ricorso a cure all'estero, si applicherà sempre uno scoperto del 25% con un minimo non indennizzabile di euro 10.000 euro.

Gli indennizzi per eventuali cure all'estero vengono liquidati in Italia ed in valuta avente corso legale in Italia secondo i valori del cambio ufficiale della data dell'evento.

Art. 9 - Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
- Sostituzione valvolare multipla
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare
- Interventi sul mediastino per tumori
- Asportazione totale del timo

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni
- Laringectomia totale, laringofaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
- Surrenalectomia

Trapianti d'organo

- Tutti

In Caso di Evento

L'Associato, o se impossibilitato un suo familiare, ovvero in caso di morte il beneficiario, deve dare avviso scritto dell'evento alla Società entro tre giorni da quello in cui l'evento si è verificato ovvero da quello in cui ne ha avuto conoscenza e possibilità.

Ai fini della definizione della pratica, l'Associato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta della Società, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria (in originale ove richiesto), sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentire al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.

In caso di infortunio, la denuncia dell'evento deve essere corredata da cartella clinica di pronto soccorso o certificato equivalente di struttura pubblica e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Per la garanzie "Diaria per ricovero" (da infortunio o malattia o parto) e "Diaria per convalescenza" (da infortunio o malattia o parto), la Mutua provvede al pagamento di quanto dovuto all'Associato su presentazione della conseguente documentazione:

- per il ricovero il documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica (in originale o copia conforme);
- per la convalescenza a domicilio, il documento dove risulta la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'Associato.

Le spese relative ai certificati medici, alla produzione della cartella clinica e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Associato.

Per la Garanzia "indennità da gessatura" la Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Associato su presentazione del certificati dell'istituto di cura o del personale medico specializzato che vi ha provveduto e del certificato rilasciato al momento della gessatura.

Il pagamento viene effettuato dopo la rimozione della gessatura.

Per tutte le informazioni di cui dovesse aver bisogno in merito a tale Sussidio e per le procedure di indennizzo, l'Associato potrà contattare la Centrale Salute della Società ai seguenti numeri:

Numero verde per le chiamate dall'Italia
Per chi chiama dall'estero: 035.424306
Fax: 035.363714



I numeri sopra menzionati sono operativi dal Lunedì al Giovedì dalle 08,30 alle 17,30 e il Venerdì dalle 08,30 alle 14,00.

Inoltre, per le stesse informazioni e in orari e nei giorni non di ufficio, potrà scrivere (specificando nell'oggetto il tipo di Sussidio per il quale si richiedono le informazioni) una e-mail all'indirizzo:

- centralesalute@mbamutua.org

e verrà ricontattato entro 24 ore dal primo girone di riapertura degli uffici stessi.

Tutta la documentazione cartacea necessaria all'erogazione dell'indennizzo dovrà essere inviata a:

Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance
c/o Winsalute srl
Via San Bernardino, 120 - 24126 BERGAMO

Criteri di Indennizzo in Caso di Infortunio

La Società indennizza le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se, al momento dell'infortunio, l'Associato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Non è pertanto indennizzabile il maggior pregiudizio arrecato da invalidità o malattie o minorazioni preesistenti (sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con l'infortunio denunciato).

Valutazione del Danno e Operazioni Peritali

Premesso che la Società si riserva di determinare l'efficacia del Sussidio e l'operatività delle garanzie interessate dall'evento, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. I due periti possono nominarne un terzo quando verificarsi disaccordo tra di loro.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione di periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Associato.

Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo. Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Modalità di Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della Garanzia e la titolarità dell'interesse garantito, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento della ricezione della documentazione

completa, o (ove previsto) dal momento che viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso. Tutti i pagamenti sono sempre effettuati al netto di eventuali bolli di legge.

Privacy e Trattamento dei Dati Sensibili

La Società si impegna al rispetto della riservatezza delle informazioni relative agli Associati e dei loro familiari ad essa pervenute, nonché al rispetto della normativa di cui al Dlgs. n. 196/03 e provvedimenti di legge successivi, in materia di trattamento dei dati personali. L'Associato sottoscrivendo il Sussidio autorizza la Società e le Società eventualmente incaricate dalla stessa, le strutture sanitarie e i professionisti che vi operano, nonché tutti i soggetti che per poter erogare le prestazioni richieste dall'Associato e/o per poter erogare tutti i servizi in base al Sussidio, dovessero venire a conoscenza di dati personali e/o sensibili dell'Associato, sempre limitatamente alla richiesta di rimborso/indennizzo e/o di informazioni fatte dell'Associato stesso.
