

NOMENCLATORE PIANO SANITARIO BASE ISCRITTI E PENSIONATI INARCASSA

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

GLOSSARIO

Accertamento Diagnostico

Prestazione medico strumentale a carattere anche cruento e/o invasivo atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia.

Assistiti

Gli Ingegneri e gli Architetti Liberi Professionisti iscritti ad Inarcassa e coloro che, a qualsiasi titolo, percepiscano una pensione Inarcassa (con esclusione delle rendite ex art. 6 L. 1046/71, dei trattamenti previdenziali integrativi ex art. 25.11 e 25.12 della legge 6/81 e dei trattamenti in totalizzazione di soggetti non iscritti al momento della maturazione dei requisiti) nonché i familiari per cui sia stata esercitata la relativa estensione della copertura.

Assistenza diretta

Prestazioni sanitarie previste dal piano sanitario in caso di ricovero presso Istituti di cura convenzionati con la Cassa.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.

Commissione tecnica

La Commissione tecnica è composta di tre membri designati uno da Inarcassa ed uno dalla Cassa, uno di comune accordo dalle predette.

Cassa

Cassa RBM SALUTE, via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 97607920150, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Cartella Clinica

documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Contributo

Somma dovuta dal Contraente alla Cassa a corrispettivo del Piano Sanitario.

Day Hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Franchigia

la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assistito. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assistito l'importo garantito.

Grandi Interventi (polizza base)

Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza (ALLEGATO A)

Gravi Eventi Morbosi (polizza base)

Gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza (ALLEGATO B).

Intervento Chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post intervento.

Indennità Sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Cassa in caso di ricovero con pernottamento in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o a esso comunque connesse.

Indennizzo

Somma dovuta dalla Cassa in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

Sono esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

Istituto di cura convenzionato

Le strutture di cura convenzionate con la Cassa alle quali l'Assistito può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

Network

rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.inarcassa.rbmsalute.it

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o parti dei suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

Somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'Assistito, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno.

Nucleo familiare

I componenti della famiglia composta da coniuge o convivente more uxorio, figli fiscalmente a carico anche non conviventi.

Personale medico convenzionato

Professionisti convenzionati con la Cassa ai quali l'Assistito può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica.

Ricovero

Degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Rischio

Probabilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto

la somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assistito.

Sinistro

Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestato il piano sanitario.

Sinistri riservati

Sinistri di competenza dell'esercizio ma non ancora pagati e quindi messi a riserva per l'importo presumibile del risarcimento.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

A. OGGETTO DELLE GARANZIE E MASSIMALE

Il presente Piano Sanitario prevede la copertura dei ricoveri in Istituti di Cura, pubblici o privati, anche in regime di Day Hospital, determinati dalla necessità di un Grande Intervento, un Grave Evento Morboso o per Terapie radianti e Chemioterapiche comunque effettuate.

La garanzia è prestata fino a concorrenza della somma di € **300.000,00** da intendersi come disponibilità massima a favore di ciascun Assistito che abbia subito uno o più eventi nel medesimo anno e, nel caso di estensione del Piano Sanitario a favore dei familiari dell'iscritto, per ciascun nucleo familiare per anno, compreso il Titolare del Piano Sanitario.

Nel caso di estensione della Piano sanitario a favore dei familiari dell'Assistito/Titolare, l'eventuale presenza di sottolimito di indennizzo va inteso per nucleo familiare e per anno.

B. GARANZIE PRINCIPALI

B.1 Ricoveri per Grandi Interventi (coma da Allegato "A")

Sono riconosciute le seguenti spese:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- c) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- d) rette di degenza;
- e) spese sostenute per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati anche al di fuori dell'istituto di Cura nei **120** giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati, nonché quelle sostenute nei **120** giorni successivi alla data di dimissione del ricovero per prestazioni sanitarie, trattamenti fisioterapici e/o rieducativi finalizzati al recupero della salute, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), purché correlati al ricovero. In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale garantito o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi.
- f) trapianto, prelievo, impianto ed espianto di organi o parte di essi. Sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di **180** giorni purché inerenti all'intervento effettuato;
- g) cure palliative e terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di € **15.000** per evento;
- h) per i seguenti interventi chirurgici, se indennizzabili a termine di polizza:
 - interventi per protesi (anca, femore, spalla, ginocchio, gomito, polso) includendo il costo della protesi;
 - interventi sulla prostata;
 - isterectomia;

- interventi chirurgici sul cuore e sulle arterie coronariche per via toracotomica o percutanea;

effettuati in istituti di cura non convenzionati e/o con personale medico non convenzionato con la Cassa, in regime di ricovero o day-hospital, è previsto il rimborso delle spese fino ad un massimo di € 20.000,00 per intervento, ad eccezione degli interventi chirurgici effettuati su cuore e arterie coronariche in strutture attrezzate con "piastra chirurgica" per le quali il rimborso è previsto nel limite del massimale di polizza.

Per "piastra chirurgica" si intende struttura polifunzionale dedicata alle attività chirurgiche nella quale sono presenti le funzioni per il pre-intervento (pre-anestesia), assistenza anestesiologicala, sala risveglio e stanza rianimazione post intervento chirurgico.

B.2 Gravi Eventi Morbosi (coma da Allegato “B”) che necessitano di ricovero senza intervento chirurgico o di trattamento medico domiciliare.

Le spese riconosciute in caso di ricovero sono le seguenti:

- a) rette di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi finalizzati al recupero della salute, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 60 giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
- d) visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali, effettuati nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero ed avvenuto nell'arco della validità della polizza; tali spese vengono rimborsate entro il limite massimo di € 16.000,00;
- e) in caso di trattamento domiciliare o ambulatoriale sono riconosciute le spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, le spese per prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei 120 giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso entro il massimo rimborsabile di € 16.000,00;
- f) cure palliative e terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di € 15.000,00 per evento.

B.3 Terapie radianti e chemioterapiche comunque effettuate (regime di ricovero, day-hospital, ambulatoriale o domiciliare)

Nel caso di malattia oncologica e/o di recidiva, non altrimenti indennizzabile in base ai paragrafi B.1 e B.2, la Cassa sostiene le spese sostenute in regime di ricovero, day hospital, ambulatoriale o domiciliare per prestazioni di chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e laser comunque effettuate.

C. GARANZIE ACCESSORIE

C.1 Indennità sostitutiva

Nel caso in cui L'Assistito, a seguito di ricovero in Istituto di Cura a totale carico del SSN, non faccia richiesta di indennizzo né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria ad essa connessa, o in totale assenza di spese, è prevista la corresponsione di una diaria giornaliera di € 200 per ogni giorno di ricovero e per un massimo di 100 giorni per ricovero ed anno, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi, fermo restando il diritto al rimborso delle spese pre e post ricovero nei termini previsti dal contratto.

Ai fini della corresponsione della indennità sostitutiva, la degenza in regime di day-hospital in Istituto di Cura, a totale carico del SSN, è equiparata, a tutti gli effetti, a ricovero in Istituto di Cura a totale carico del SSN.

C.2 Assistenza infermieristica

La Cassa indennizza le spese di assistenza infermieristica individuale fino ad un importo di € 2.600 massimo;

C.3 Trasporto Sanitario

La Cassa indennizza le spese di trasporto dell'Assistito al e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di € 2.600,00 per ricoveri ovunque nel mondo;

C.4 Apparecchi protesici

La Cassa indennizza le spese relative all'acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di € 5.200,00 purché conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;

C.5 Rimpatrio salma

La Cassa indennizza le spese di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di € 5.200,00 in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro risarcibile a termini di polizza;

C.6 Prevenzione

La Cassa provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione annuale, una volta l'anno, in strutture sanitarie convenzionate, scelte dall'Assistito fra quelle adeguatamente attrezzate.

La Cassa mette a disposizione, per la prevenzione annuale e per quella oncologica, almeno una struttura per ciascuna provincia con un numero di abitanti superiore a 100.000.

Le prestazioni previste possono essere effettuate in più giorni ed in strutture diverse.

- Prelievo venoso in ambulatorio

- Colesterolo totale o colesterolemia
- Colesterolo HDL
- Tempo di protrombina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Trigliceridi
- Glucosio-glicemia
- Alaninoaminotransferasi (ALT e AST)
- Aspartatoaminostransferasi (GOT)
- Urea – azotemia
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Gamma Glutammil – Transpeptidasi (Gamma GT)
- Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)
- Antigene Prostatico Specifico (PSA) + visita urologica
- Ecografia prostatica
- Colonscopia anche con asportazione di tessuto a scopo diagnostico
- Colonscopia virtuale
- Esame Colpocitologico cervico – vaginale (PAP-TEST)
- Creatinina
- Ricerca sangue occulto fecale
- Visita cardiologia + ECG
- Visita ginecologica + PAP test
- Ecografia mammaria
- Mammografia

La garanzia è operante esclusivamente per gli iscritti e pensionati Inarcassa.

C.7 Dread Disease

La Cassa corrisponde all'Assistito, fermo quant'altro previsto, un'indennità di € **2.500,00** in caso di accadimento in corso di contratto di uno dei seguenti eventi:

1. **Infarto miocardico acuto:** coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri:
 - a) dolore precordiale;
 - b) alterazioni tipiche all'ECG;
 - c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.

2. **Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto):** emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio.
3. **Impianto di stent.**
4. **Angioplastica.**

La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi – comprovata da certificazione medica e cartella clinica – sia successiva alla data di decorrenza del Piano Sanitario o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assistito.

La presente garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assistito alla data della richiesta di indennizzo. Il diritto all'indennizzo inoltre è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assistito muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta, la Cassa paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

L'indennità verrà corrisposta per i punti sub 1 e 2 una sola volta per grave evento e per persona.

La garanzia è operante esclusivamente per gli iscritti e pensionati Inarcassa.

C.8 Indennità per grave invalidità permanente da infortunio (facoltativa a carico dei singoli Assistiti)

In caso di infortunio che comporti all'Assistito iscritto ad Inarcassa un'invalidità permanente di grado superiore al 66% la Cassa liquiderà un indennizzo pari a € **60.000,00**. La Cassa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado di invalidità la Cassa farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124.

La presente garanzia è facoltativa ed operante esclusivamente per i soli iscritti Inarcassa.

D. SCOPERTI, FRANCHIGIA E LIMITI DI INDENNIZZO

Fermo restando quanto disciplinato nel Piano Sanitario per le singole garanzie, le prestazioni sono indennizzate con le seguenti limitazioni con riferimento allo stesso evento:

Tabella Scoperti e Franchigie

N.	Tipo	GARANZIA	SCOPERTO	FRANCHIGIA MINIMA	FRANCHIGIA MASSIMA
1	R	Ricovero in istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla

2	R	Ricovero in istituto di cura convenzionato (*)	nulla	nulla	nulla
3	R	Ricovero in istituto di cura non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2.500,00
4	DH	Day-Hospital in istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
5	DH	Day-Hospital in istituto di cura convenzionato (*)	nulla	nulla	nulla
6	DH	Day-Hospital in istituto di cura non convenzionato	10%	€ 50,00	€ 250,00
7	PM	Personale medico a carico SSN	nulla	nulla	nulla
8	PM	Personale medico convenzionato (*)	nulla	nulla	nulla
9	PM	Personale medico non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2.500,00

(*) In caso di **mancata prenotazione** del servizio di convenzionamento diretto tramite la Centrale Operativa si applicano le condizioni di scoperto e franchigia previste per il corrispondente servizio in regime “non convenzionato”

Non si applicano franchigie e/o scoperti per le Garanzie Accessorie previste ai punti C.1 – C.2 – C.3 – C.4 – C.5 – C.6 – C.7 – C.8 (se attivata).

Nel caso di ricovero in Istituto convenzionato, non si applicano franchigie e/o scoperti per le spese pre e post evento.

Accesso alle strutture sanitarie

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assistito può rivolgersi:

- A. Alle strutture Sanitarie Private o Pubbliche convenzionate con la Cassa;
- B. alle strutture Sanitarie Private o Pubbliche non convenzionate con la Cassa;
- C. alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale;

E. CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Le prestazioni coperte in garanzia sono liquidate come segue.

E.1. Pagamento diretto di prestazioni erogate tramite strutture Sanitarie Private o Pubbliche convenzionate con la Cassa (Regime convenzionato)

E' previsto il pagamento diretto da parte della Cassa alla struttura sanitaria convenzionata e/o al personale medico convenzionato per le prestazioni erogate, nei limiti dei massimali previsti, senza applicazione di scoperti e/o franchigie, previa prenotazione del servizio tramite la Centrale Operativa della Cassa.

La mancata attivazione del servizio tramite la Centrale Operativa della Cassa comporta il rimborso delle relative spese secondo quanto previsto per il regime "non convenzionato" (v. punto E.3).

E.2. Rimborso di prestazioni erogate tramite strutture del Servizio Sanitario Nazionale

E' previsto il rimborso dei tickets e di tutte le eventuali spese pre e post ricovero e di quelle per l'assistenza infermieristica o per il trasporto dell'Assistito per prestazioni garantite dal Piano Sanitario che vengono integralmente rimborsate nel limite del massimale garantito, dietro presentazione della documentazione comprovante le spese medesime.

E.3. Rimborso di prestazioni erogate tramite strutture Sanitarie Private o Pubbliche non convenzionate (Regime non convenzionato)

E' previsto il rimborso all'Assistito delle spese effettuate e previste dalla polizza, nei limiti dei massimali previsti in polizza e con l'applicazione di scoperti e/o franchigie indicati nella Tabella specifica, dietro presentazione della documentazione comprovante le spese medesime.

E.4. Prestazioni in "regime misto"

Qualora la Convenzione con la Cassa riguarda l'Istituto di Cura e non anche il personale medico, è previsto il rimborso integrale delle spese dell'Istituto di Cura mentre il rimborso delle spese del personale medico avviene secondo i limiti del regime non convenzionato (punto E.3).

E. 5. Termine per la domanda di rimborso

Le richieste di rimborso, di cui ai § E.2. e E.3., devono essere trasmesse dall'Assistito alla Cassa entro 120 giorni dall'evento.

Per le prestazioni effettuate prima del ricovero il termine di 120 giorni decorre dalla data di dimissione del Ricovero o Day Hospital. Per le prestazioni effettuate dopo il ricovero, o in assenza di ricovero, il termine di 120 giorni decorre dal giorno in cui è effettuata ogni singola prestazione.

Inarcassa può surrogare l'Assistito nella richiesta della diaria sostitutiva giornaliera alla Cassa qualora l'Assistito stesso abbia presentato domanda di indennità per inabilità temporanea assoluta, fermo restando il termine di 120 giorni dall'evento per la richiesta.

E.6. Modalità di rimborso

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute presso Strutture Sanitarie non convenzionate o presso il Servizio Sanitario Nazionale, l'Assistito deve inviare alla sede della Cassa il modulo di richiesta

di rimborso, corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

La Cassa si impegna a liquidare i sinistri entro 60 giorni dalla presentazione dell'intera documentazione attinente la pratica (cartella clinica, fatture e notule debitamente quietanzate).

F. RISCHI ESCLUSI DAL PIANO SANITARIO

Il Piano Sanitario non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti (tale esclusione non è operativa per i Grandi Interventi previsti nell'allegato A punto L. "Interventi di chirurgia pediatrica");
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assistito attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di mezzi ausiliari a sostegno di handicap (fermo quanto previsto al punto "C" dell'allegato A) Grandi Interventi;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- m) le conseguenze di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- n) AIDS e patologie correlate all'AIDS.

G. ALTRE DISPOSIZIONI

G.1 Soggetti Assistiti

Le garanzie di cui al presente piano sanitario sono prestate a favore:

- degli iscritti ad Inarcassa (ingegneri ed architetti liberi professionisti);
- di tutti coloro che, a qualsiasi titolo, percepiscano una pensione Inarcassa, anche se residenti all'estero, esclusi i beneficiari di rendita ex art.6 L.1046/71, dei trattamenti previdenziali integrativi ex art. 25.11 e 25.12 della legge 6/81 e dei trattamenti in totalizzazione di soggetti non iscritti al momento della maturazione dei requisiti.

Ciascun Assistito, che goda del piano sanitario di cui al presente documento, potrà, a proprie spese, estenderlo a favore del proprio nucleo familiare, nelle persone del coniuge e/o dei figli fiscalmente a carico.

G.2. Limite di età

Per gli iscritti ed i pensionati Inarcassa non è previsto alcun limite di età.

Anche relativamente ai familiari per i quali l'Isritto Inarcassa richieda l'estensione di copertura previo pagamento del supplemento di contributo non è previsto alcun limite di età.

G.3. Estensione territoriale

Il Piano Sanitario opera nel Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni delle prestazioni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

G.4. Inclusione ed esclusione degli Assistiti

A) Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno

Per gli Ingegneri ed Architetti liberi professionisti la cui iscrizione venga deliberata dalla Giunta Esecutiva di Inarcassa in data successiva alle ore 24.00 del 31/12/2014 la copertura avrà effetto dalle ore 00.00 del giorno di iscrizione purché successivo al 31/12/2014, In caso di iscrizione retroattiva la copertura decorre dalle ore 24.00 del 31/12/2014 ovvero dalle 00.00 del 01.01/2015. Il contributo che la Contraente dovrà corrispondere alla Cassa per il nuovo iscritto nel caso in cui la delibera di iscrizione avvenga nel corso del primo semestre sarà pari al contributo annuo convenuto pro-capite; sarà pari al 50% nel caso di iscrizione avente effetto nel corso del secondo semestre.

B) Esclusione di iscritti in corso d'anno

Per gli Assistiti la cui cessazione venga comunicata alla Cassa entro 5 giorni precedenti la scadenza del primo semestre di copertura, la cessazione dal piano sanitario avrà effetto dalle ore 24 del 30 giugno. Ai fini della regolazione del contributo si conviene che ognuna di queste cessazioni darà origine alla restituzione del 50% del contributo annuo corrisposto. Per i familiari assistiti il piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua salvo rinnovo.

C) Inclusione di familiari di iscritti comunicati alla Cassa

Per i familiari degli iscritti per i quali sia stata richiesta la copertura entro il 28/02 di ciascun anno mediante l'invio di raccomandata, fax o e-mail del modulo di adesione e del consenso al trattamento

dei dati personali debitamente compilati, previo pagamento del contributo annuo pari ad € 500, la copertura avrà effetto a partire dalle ore 24 del 31.12.2014 ovvero dalle 00.00 del 01.01/2015.

La Cassa potrà chiedere copia del bonifico di pagamento. Il mancato rispetto delle modalità di adesione sopra descritte comporterà l'impossibilità di aderire al piano per l'anno.

D) Inclusioni di familiari di neoiscritti

Entro la fine del mese successivo a quello di invio della notifica attestante l'iscrizione ad Inarcassa, il neoiscritto potrà includere il proprio nucleo familiare mediante invio del modulo di adesione, del consenso al trattamento dei dati personali debitamente compilati e dopo aver eseguito il bonifico attestante il pagamento del contributo annuo. La copertura decorrerà per tali familiari dalle ore 24 del giorno del bonifico.

E) Variazioni nella composizione del nucleo familiare in corso d'anno

Variazioni della composizione del nucleo familiare possono verificarsi nel caso di matrimonio o di nascita di figli. La notifica dell'inserimento di un nuovo componente, unitamente ad una copia del modulo per il trattamento dei dati personali nel caso in cui si tratti di maggiorenne, dovrà essere inviata entro 90 giorni dalla data di matrimonio o della nascita alla società. Il piano sanitario decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'eventuale contributo annuo relativo ad una od ambedue i Piani Sanitari.

F) Modalità trasmissione dati

Inarcassa si impegna a trasmettere i dati degli iscritti e dei pensionati tramite tracciato record alla Cassa.

G.5. Anticipo

Nei casi di ricovero previsto dal presente Piano sanitario, per il quale l'Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo, la Cassa, su richiesta dell'Assistito o di un suo familiare, provvederà al pagamento di quanto richiesto a tale titolo con il massimo del 70% delle spese preventivate dall'Istituto, salvo conguaglio al termine del ricovero

G.6. Operatività delle garanzie

Per tutti gli Assistiti, ivi compresi i familiari inclusi in garanzia, la copertura relativa ai "Grandi Interventi" e ai "Gravi Eventi Morbosi" comprende anche le malattie croniche e recidivanti e tutte le malattie pregresse alla data di decorrenza del presente Piano Sanitario, diagnosticate o meno.

G.7. Controversie in materia contrattuale

La risoluzione di controversie sulla copertura delle prestazioni sanitarie è demandata di norma, previa espressa volontà manifestata da entrambe le parti, ad una apposita Commissione tecnica, composta di tre membri. I componenti non possono delegare le proprie funzioni e non sono ammesse sostituzioni temporanee. Le spese relative saranno addebitate in sede di lodo arbitrale.

G.7. Commissione tecnica

La Commissione tecnica, verifica l'andamento del Piano Sanitario ed esamina la risarcibilità o meno delle prestazioni controverse messe all'ordine del giorno, si riunisce, di norma, una volta al mese presso la sede di Inarcassa o in altra sede che di volta in volta possa essere ritenuta più idonea; in mancanza di controversie da esaminare la riunione della Commissione tecnica slitterà al mese successivo.

Allegato "A"

Grandi Interventi

Il presente allegato forma parte integrante del Piano Sanitario sottoscritto da Inarcassa per i propri iscritti e pensionati e da alcuni di questi per i propri familiari.

La presenza dell'evento denunciato nell'ambito dell'elenco di cui al presente allegato è elemento indispensabile per l'eventuale risarcimento del danno, comunque condizionato al rispetto degli altri requisiti previsti dalla polizza.

A. Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, la radiocirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica, tra cui a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, quello della ricostruzione della mammella, necessari in conseguenza dell'asportazione di tumori ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.

B. Interventi per trapianti:

tutti, inclusi autotrapianto e trapianti autologhi. Vengono compresi in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, inoltre, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato.

C. Interventi ortopedici per:

- ✓ impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi;
- ✓ amputazione degli arti superiori o inferiori ivi compresa la revisione di amputazione traumatica;
- ✓ disarticolazione del ginocchio ed amputazione al di sopra del ginocchio;
- ✓ disarticolazione dell'anca;
- ✓ amputazione addomino-pelvica;
- ✓ reimpianto di arti staccati.

D. Interventi di neurochirurgia per:

- ✓ craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
- ✓ risoluzione neurovascolare in fossa cranica per via craniotomia;
- ✓ intervento per epilessia focale e callosotomia;
- ✓ intervento per encefalomeningocele;
- ✓ derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- ✓ intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;

- ✓ trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose);
- ✓ endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- ✓ talamotomia, pallidotomia ed interventi simili;
- ✓ cardotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- ✓ neurotomia retrogasseriana;
- ✓ interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- ✓ interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meilemeningocele, ecc.);
- ✓ vagotomia per via toracica;
- ✓ simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- ✓ plastica per paralisi del nervo facciale;
- ✓ intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- ✓ asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari;
- ✓ neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- ✓ trapianto di nervo;
- ✓ artrodesi vertebrale.

E. Interventi di cardiocirurgia per:

- ✓ tutti gli interventi a cuore chiuso;
- ✓ tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
- ✓ impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti;
- ✓ cardioplastica.

F. Interventi di chirurgia vascolare per:

- ✓ aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- ✓ stenosi ad ostruzione arteriosa;
- ✓ disostruzione by-pass aorta addominale;
- ✓ trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- ✓ simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- ✓ by-pass aortocoronarico.

G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- ✓ gravi e vaste mutilazioni del viso;
- ✓ plastica per paralisi del nervo facciale;
- ✓ riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;

- ✓ anchilosi temporo-mandibolare.

H. Interventi di chirurgia generale per:

- ✓ diverticolosi esofagea;
- ✓ occlusioni intestinali con o senza resezione;
- ✓ gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- ✓ echinococchi epatica e/o polmonare;
- ✓ cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche;
- ✓ pancreatite acuta;
- ✓ broncoscopia operativa;
- ✓ resezione epatica;
- ✓ epatico e coledocotomia;
- ✓ papillotomia per via transduodenale;
- ✓ interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- ✓ interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia - colecistoenterostomia);
- ✓ laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- ✓ interventi di resezione (totale o parziale dell'esofago/esofagoplastica);
- ✓ intervento per mega-esofago e per esofagite da reflusso;
- ✓ resezione gastrica totale;
- ✓ resezione gastro-digiunale e gastroectomia;
- ✓ intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- ✓ interventi di amputazione del retto ano;
- ✓ interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- ✓ resezione totale o parziale del colon;
- ✓ drenaggio di ascesso epatico;
- ✓ interventi chirurgici per ipertensione portale;
- ✓ interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- ✓ intervento di asportazione della milza;
- ✓ interventi di asportazione per ernia ombelicale o epigastrica complicata o recidiva;
- ✓ resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

I. Interventi di chirurgia uro-genitale per:

- ✓ fistola vescico-rettale, vescico-intestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- ✓ ileocisto plastica; colecisto plastica;

- ✓ intervento per estrofia della vescica;
- ✓ intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria;
- ✓ metroplastica;
- ✓ nefroureterectomia radicale;
- ✓ surrenalectomia;
- ✓ interventi di cistectomia totale;
- ✓ interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- ✓ isterectomia e/o annessiectomia per patologia non maligna;
- ✓ cistoprostatovescicolectomia e/o resezione endoscopica della prostata.

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- ✓ trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretrazione, ecc);
- ✓ odontocheratopresi;
- ✓ chirurgia della sordità otosclerotica compreso l'intervento di stapedotomia;
- ✓ timpanoplastica;
- ✓ chirurgia endoauricolare della vertigine;
- ✓ chirurgia translabyrinthica della vertigine;
- ✓ ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio con esclusione di interventi con finalità estetica;
- ✓ reimpianto orecchio amputato;
- ✓ ricostruzione dell'orecchio medio;
- ✓ incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

K. Interventi di chirurgia toracica per:

- ✓ pneumectomia totale o parziale;
- ✓ lobectomia polmonare;
- ✓ intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- ✓ interventi per fistole bronchiali;
- ✓ interventi per echinococchi polmonare.

L. Interventi di chirurgia pediatrica per:

- ✓ idrocefalo ipersecretivo;
- ✓ polmone cistico e policistico;
- ✓ atresia dell'esofago;
- ✓ fistola dell'esofago;
- ✓ atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- ✓ atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;

- ✓ megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- ✓ megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- ✓ fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- ✓ pseudocisti e fistole pancreatiche

M. Intervento di nefrotomia retrogasseriana

N. Terapie radianti e chemioterapiche comunque effettuate (regime di ricovero, day hospital, ambulatoriale o domiciliare)

O. Grandi interventi “similari” per tipologia, evento, diagnosi, cura a quelli indicati dalla lettera A) alla lettera N) e/o eseguiti con tecnica chirurgica con finalità equivalente

Allegato “B”**Gravi Eventi Morbosi**

- a) Infarto miocardico acuto;
- b) Insufficienza cardio-respiratoria che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - ✓ dispnea
 - ✓ edemi declivi
 - ✓ aritmia
 - ✓ angina instabile
 - ✓ edema o stasi polmonare
 - ✓ ipossiemia
- c) Neoplasia maligna che necessita di accertamenti o cure;
- d) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - ✓ ulcere torbide
 - ✓ decubiti
 - ✓ neuropatie
 - ✓ vasculopatie periferiche
 - ✓ infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- e) Gravi traumatismi – con o senza intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni. L’immobilizzazione consiste nella applicazione di un apparecchio non amovibile dal paziente e/o per divieto di carico dell’arto;
- f) Ustioni di secondo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo;
- g) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale;
- h) Sclerosi a placche che comporti un’invalidità superiore al 66% e per un massimo di 10.000 euro per anno;
- i) Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
- j) Stato di coma;
- k) Tetraplegia che comporti un’invalidità superiore al 66%;
- l) Alzheimer che comporti un’invalidità superiore al 66%;
- m) Morbo di Parkinson caratterizzato da:
 - ✓ riduzione attività motoria;
 - ✓ mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta che comporti un’invalidità superiore al 66%;

Le garanzie di cui ai precedenti punti k), l) e m) sono operanti esclusivamente per gli iscritti e pensionati Inarcassa;

- n) Gravi eventi morbosi “similari” per tipologia, evento, diagnosi e cura a quelli indicati dalla lettera a) alla lettera h).