



REGOLAMENTO **applicativo dello Statuto**

E' una iniziativa



Sommario

NORME GENERALI	4
Ammissione e recessione dei Soci - Delega e Quota di iscrizione	4
Contributo Sociale - Doveri del socio	4/5
Decorrenza del diritto alle prestazioni sanitarie	5
Cessazione del diritto alle prestazioni	5
Estensione territoriale - Limite delle prestazioni	5/6
Obblighi del socio in caso di infortuni/malattia - Criteri di liquidazione	6
COPERTURA SANITARIA - Forma A	7
SERVIZI OSPEDALIERI	7
Rimborso per ricoveri in istituto di cura privato	7
Art. 1 - Intervento chirurgico, parto cesareo, day hospital	7
Art. 2 - Ricovero in istituto di cura privato senza intervento chirurgico	7
Garanzie comuni agli Art.1 e 2	8
Rimborso per ricovero presso Servizio Sanitario Nazionale	8
Rimborso dei Grandi Interventi chirurgici	9
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	9
DIAGNOSTICA STRUMENTALE	9
Anticipo indennizzo	10
CENTRI CLINICI CONVENZIONATI	10
Modalità di erogazione delle prestazioni - Centrali Operativa	10
Obblighi a carico dell'assistito	10/11
Pagamenti parziali delle prestazioni da parte di terzi - Rinvio normativo	11
SERVIZI D'ASSISTENZA	11
Art. 1 – Prestazioni d'assistenza	11
Art. 2 – Limiti di esposizione per le prestazioni di assistenza	13
Art. 3 – Centrale operativa	13
Art. 4 – Norme specifiche per le prestazioni d'assistenza	13
IN SINTESI - LA COPERTURA SANITARIA	14
Allegato 1 – Elenco dei grandi interventi chirurgici ammessi a sussidio	15

NORME GENERALI

AMMISSIONE E RECESSIONE DEI SOCI - DELEGA E QUOTA DI ISCRIZIONE

In applicazione dell' Art. 1 dello Statuto sociale, E.M.A.S. svolge la propria attività a favore dei suoi iscritti e/o componenti nucleo familiare, che non abbiano superato i 75 anni di età.

Per i Soci, e/o componenti nucleo familiare, che raggiungono tale limite di età, il diritto alle prestazioni cessa il 31 dicembre dell' anno mutualistico in corso.

Il rispetto delle norme di Statuto e Regolamento sono condizioni indispensabili per 1' ammissione.

L'aspirante Socio dovrà sottoscrivere la domanda di iscrizione e versare contestualmente la quota di iscrizione predeterminata annualmente dal Consiglio di Amministrazione valevole sia per 1' aderente che per il suo nucleo familiare.

La data di iscrizione sarà quella del primo giorno del mese successivo al pagamento del contributo sociale, dopo approvazione del Consiglio di Amministrazione.

Il Consiglio di Amministrazione scriverà i nomi dei nuovi Soci nel libro Soci.

Tutti i Soci ordinari all' atto della firma della domanda di ammissione hanno diritto ad una copia del libretto contenente il Regolamento.

Il versamento della quota di iscrizione dà diritto al titolo di Socio ed a fruire delle prestazioni fornite da E.M.A.S. in seguito al versamento del contributo sociale (art. 2).

Il Socio e/o il relativo nucleo familiare acquisiscono automaticamente diritto, qualora ricorrano le circostanze, a tutte le prestazioni previste nel presente Regolamento.

CONTRIBUTO SOCIALE

Il Socio e/o relativo nucleo familiare corrisponde un contributo predeterminato annualmente dal Consiglio di Amministrazione differenziato in ragione del numero dei componenti il proprio nucleo familiare e delle garanzie prescelte.

Il contributo per aderire alla prestazione sanitaria deve essere versato per intero se 1'iscrizione avviene con decorrenza gennaio. Invece, le iscrizioni in corso d' anno sono possibili solo nei mesi di: aprile, luglio e ottobre; il contributo è calcolato in ratei dalla data di decorrenza così come previsto dal Consiglio di Amministrazione.

Il contributo per aderire alla prestazione assistenza deve essere versato per intero, indipendentemente dalla data di iscrizione.

Il contributo sociale sarà automaticamente aggiornato a far tempo dal 1° gennaio dell'anno successivo, e così di volta in volta al 1° gennaio dei successive anni, in ragione delle variazioni in aumento degli indici Istat dei prezzi nazionali al consumo per le famiglie di operai e di impiegati riscontrate nei dodici mesi precedenti.

Il nucleo familiare del Socio è così definito: il coniuge ed i figli fiscalmente o non fiscalmente a carico purchè conviventi (o la persona convivente "more uxorio"). La convivenza dovrà essere attestata dallo stato di famiglia o da dichiarazione sostitutiva di responsabilità sottoscritta dal Socio.

Le variazioni del nucleo familiare devono essere comunicate entro 30 giorni al Consiglio di Amministrazione che stabilirà i termini delle prestazioni ed i relativi contributi, pena la cessazione del diritto alle prestazioni da parte di E.M.A.S.

L' anno mutualistico coincide con 1' anno solare.

Qualora il Socio non ottemperi all'obbligo del versamento della quota di iscrizione e/o contributo, le prestazioni non saranno operative.

DOVERI DEL SOCIO

Oltre al disposto dell' art. 5 dello Statuto sociale il Socio ordinario deve attenersi scrupolosamente a tutte le norme e prescrizioni del presente Regolamento ed alle modifiche che Assemblea ordinaria vi apporti.

Ogni Socio ordinario deve compilare una domanda di iscrizione con indicazioni anagrafiche, dichiarazione stato di salute, indicazione del proprio medico curante ed ogni altra informazione richiesta dalla Mutua.

Ogni variazione rispetto a quanto dichiarato al momento dell' adesione va comunicato tempestivamente (entro 30 giorni) alla Mutua.

DECORRENZA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

Il diritto alle prestazioni sanitarie decorre dalle ore 24 del 1° giorno in caso di infortuni, del 30° giorno in caso di malattia, del 300° giorno in caso di parto o malattie dipendenti dalla gravidanza, successivi a quello dell' iscrizione (come stabilito dall'art. 1 V comma).

CESSAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il diritto alle prestazioni cessa in caso di mancato versamento dei contributi come previsto al precedente art. 2.

Cessa inoltre nei casi previsti dall'art. 11 dello Statuto Sociale ossia per morte, recesso e per esclusione dell'iscrizione.

La cessazione delle prestazioni non dà diritto ad alcun rimborso al socio per i contributi versati.

ESTENSIONE TERRITORIALE

Le prestazioni sanitarie sono valide per il mondo intero.

LIMITE DELLE PRESTAZIONI

La copertura assicurativa vale durante il servizio militare in tempo di pace a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni; invece sospesa durante il servizio di leva o il servizio sostitutivo dello stesso, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le suddette cause di sospensione.

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- malattie e/o infortuni che siano la conseguenza diretta o indiretta di stati patologici, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di iscrizione o a quella di variazione della posizione assistenziale dei Soci E.M.A.S.;
- malattie mentali e neuropsichiche;
- tossicodipendenze;
- HIV;
- malattie dolosamente procurate;
- guerre, insurrezioni, tumulti popolari, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- infortuni conseguenti a stato di ubriachezza;

- infortuni direttamente o indirettamente derivanti dalla disintegrazione del nucleo dell' atomo o simili;
- malattie e/o infortuni causate da competizioni sportive agonistiche;
- applicazioni di carattere estetico salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o malattia, cure dentarie conservative e/o chirurgiche, le protesi dentarie quando non sono rese necessarie da infortunio o da gravi malattie dentarie (tumori del cavo orale);
- tutte le prestazioni, sia sanitarie che economiche, eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up).

OBBLIGHI DEL SOCIO IN CASO DI INFORTUNIO/MALATTIA - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il Socio deve presentare denuncia di infortunio/malattia ad E.M.A.S. entro 14 giorni dalla data di accadimento. Il diritto di rimborso decade qualora entro 6 mesi dalla denuncia non sia stata prodotta idonea documentazione attestante la chiusura della malattia/infortunio o la proroga per cause di forza maggiore.

Per data di accadimento si intende:

- la data della richiesta del medico curante o il foglio del pronto soccorso;
- il giorno del ricovero o, ove esista impossibilità accertabile di presentazione della denuncia, il primo giorno in cui se ne ha la possibilità.

La denuncia dovrà essere corredata dalla presentazione da parte dell'assistito di una richiesta del medico curante nella quale vengono espone le motivazioni del ricovero, la prescrizione medica con l'indicazione degli esami da eseguire, la diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia per cui vengono richiesti gli esami o le visite specialistiche, con i dati clinici e le notizie anamnestiche di rilievo.

Documentazione: oltre a quanto sopra previsto l'assistito dovrà altresì produrre gli originali delle notule, distinte e ricevute (fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, indicanti nome, cognome e domicilio della persona che si è sottoposta alle cure), dettaglio degli esami eseguiti, copia della cartella clinica completa del diario clinico.

La Mutua potrà richiedere ogni altra documentazione relativa al ricovero e alla patologia che lo ha determinato.

L'assistito dovrà consentire laddove si riveli necessario la visita di un medico della mutua e qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno curato e visitato l'assistito stesso.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Il pagamento di quanto dovuto al Socio e/o relativo nucleo familiare viene effettuato dalla Mutua a cura ultimata, entro il limite di 90 giorni dalla chiusura della pratica.

Ai fini fiscali viene rilasciata, in tempi utili, una dichiarazione riepilogativa delle spese presentate con evidenziato l'importo rimasto a carico dell'Assicurato. Per quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge (codice civile).

Servizi Ospedalieri

RIMBORSO PER RICOVERI IN ISTITUTO DI CURA PRIVATO

In caso di ricovero in istituto di cura privato per malattia o infortunio E.M.A.S. garantisce il rimborso delle spese sostenute fino alla concorrenza della somma di € 50.000,00 per anno assicurativo e/o nucleo familiare, dedotta una franchigia di:

- € 750,00 per ogni sinistro se le spese sostenute sono inferiori a € 2.000,00;**
 - € 1.400,00 per ogni sinistro se le spese sostenute sono comprese tra € 2.000,00 e € 5.000,00;**
 - € 2.000,00 per ogni sinistro se le spese sostenute sono superiori a € 5.000,00.**
- In caso di intervento chirurgico ambulatoriale in Istituto di Cura:**
- resta invariata la franchigia contrattuale prevista di € 1.800,00 per ogni sinistro.**

Art. 1 - Intervento chirurgico, anche ambulatoriale, day hospital, parto cesareo, aborto terapeutico in istituto di cura privato

- onorari del chirurgo, dell' aiuto assistente, dell' anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all' intervento, per i diritti di sala operatoria ed il materiale d' intervento;
- l'assistenza medica infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami post intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza (con il massimo di € 181,00 a notte);
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici (effettuati anche al di fuori dell' istituto di cura) nei 90 giorni precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche per trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse spese alberghiere) effettuate nei 90 giorni successivi al termine di ricovero e rese necessarie dall' intervento chirurgico;
- rimborso per il trattamento laser per la correzione dei vizi di rifrazione legati alla miopia, previa presentazione della documentazione sanitaria attestante il deficit visivo, sempre che l'assicurato abbia un deficit visivo superiore a 4 diottrie su ciascun occhio con il limite di €1.500,00 per intervento;
- parto cesareo: vengono rimborsate le spese sostenute fino al massimo di € 10.000,00.

Art. 2 - Ricovero in istituto di cura privato che non comporti intervento chirurgico

- rette di degenza (con limite di € 181,00 a notte), accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il ricovero;
- accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati fuori dall' istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero e resi necessari dall' evento che ha causato il ricovero stesso;

- parto fisiologico: vengono rimborsate le spese sostenute in caso di ricovero, fino al massimo di € 2.582,00 senza applicazione di alcuna franchigia.

Garanzie comuni agli Art. 1 e 2

- **Accompagnatore**

In eccedenza al massimale previsto, e senza applicazione di alcuna franchigia, vengono rimborsate le spese di vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera per un accompagnatore dell'assistito con il limite di € 52,00 a notte per un massimo di 30 notti per anno.

- **Trasporto**

In eccedenza al massimale previsto, e senza applicazione di alcuna franchigia, vengono rimborsate le spese per trasporto dell'assistito sia in Italia che all'estero con ambulanza e similari fino ad un massimo di € 1.033,00.

- **Malattie oncologiche**

In caso di malattie oncologiche la garanzia rimborsa, oltre a quanto previsto per gli articoli sopra indicati, successivamente ai 90 giorni colà previsti, le spese inerenti l'assistenza medica, i trattamenti, le cure ed i medicinali fino ad un massimo di € 5.165,00 per anno e nucleo familiare senza applicazione di alcuna franchigia, in aggiunta al massimale di € 50.000,00 (in caso di ricovero) e di € 100.000,00 (in caso di grande intervento).

- **Rimborso spese di cura del neonato**

Vengono rimborsate le spese, da qualsiasi causa determinate, praticate in regime di ricovero ai neonati nei primi 30 giorni di vita entro i massimali previsti e con applicazione della franchigia (la variazione del nucleo familiare deve essere comunicata alla Mutua come previsto dall' art. 2 del regolamento).

RIMBORSO PER RICOVERO PRESSO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La presente garanzia si intende prestata ad integrazione dell' assistenza sanitaria nazionale. Se tutte le spese ad eccezione dei tickets sono a totale carico dell' assistenza sanitaria sociale, l'E.M.A.S. corrisponderà un' indennità di € 100,00 per ogni notte di ricovero, per una durata massima di 300 notti per ciascuna persona e per anno assicurativo senza applicazione di alcuna franchigia.

Diaria giornaliera da convalescenza

In eccedenza al massimale previsto, e senza applicazione di alcuna franchigia, in caso di convalescenza a seguito di ricovero che comporti intervento chirurgico, viene erogata una diaria di € 52,00 a notte, fino ad un massimo di giorni pari a quello della durata del ricovero, e non oltre le 5 notti.

Grandi Interventi Chirurgici

L' E.M.A.S. rimborsa fino alla concorrenza di € 100.000,00 per anno e/o nucleo familiare, nel caso di grandi interventi chirurgici, di cui in Allegato I, senza franchigia e senza limite per le rette di degenza.

Prestazioni Specialistiche

L' E.M.A.S. rimborsa anche le spese per prestazioni specialistiche, ambulatoriali, domiciliari, pertinenti alla malattia o all' infortunio denunciato:

- onorari per visite mediche e prestazioni specialistiche;
- analisi ed esami diagnostici ivi compresi gli onorari dei medici;
- lenti: vengono rimborsate le spese sostenute per l'acquisto delle lenti, comprese lenti a contatto ma non della montatura, esclusivamente a seguito di certificazione rilasciata da medico specialista o ottico optometrista a seguito di modifica del visus, fino ad un massimo di € 155,00 per anno e per nucleo familiare.

Le garanzie vengono accordate fino alla concorrenza dell' importo di € 516,00 per anno assicurativo e nucleo familiare, con uno scoperto a carico dell' assistito nella misura di € 80,00 per ciascuna prestazione. Le garanzie non sono operanti per quanto previsto alla sezione successiva "Diagnostica strumentale".

Diagnostica Strumentale

L' E.M.A.S. rimborsa anche le spese extra ospedaliere fino ad un massimo di € 5.165,00 per anno e nucleo familiare (ridotto a € 2.582,00 nel caso di nucleo composto da una sola persona) con applicazione di uno scoperto a carico dell' assistito nella misura di € 103,00 per ciascuna delle seguenti prestazioni sanitarie:

- TAC
- elettrocardiografia
- doppler
- elettroencefalografia
- risonanza magnetica nucleare
- cobaltoterapia
- laserterapia
- chemioterapia
- telecuore
- dialisi
- RX completa apparato digerente
- densitometria ossea
- endoscopia
- artrografia
- angiografia

ANTICIPO INDENIZZO

Nei casi di ricovero in Istituto di cura privato è facoltà del Socio E.M.A.S. richiedere anticipatamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate in contestuale presentazione di certificazione provvisoria dell' Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell' infortunio, il giorno del ricovero, le cure e gli interventi previsti, il presunto ammontare totale delle spese.

L' anticipazione delle spese, sino al 50% può avere luogo nell' ipotesi che l'ammontare delle spese non sia inferiore a € 4.132,00, salvo conguaglio a cure ultimate ed avrà luogo entro 30 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda a E.M.A.S.

CENTRI CLINICI CONVENZIONATI

Art.1 – Modalità di erogazione delle prestazioni

- a) nel caso in cui l'Assistito si avvalga di un Centro Clinico Convenzionato, il pagamento verrà eseguito da Emas direttamente a favore del Centro Clinico Convenzionato che ha provveduto all'erogazione delle prestazioni;
- b) nel caso in cui l'Assistito non si avvalga di un Centro Clinico Convenzionato, Emas provvederà al rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assistito stesso o al pagamento della diaria sostitutiva, sempre nei limiti previsti dal collegato Regolamento Emas;
- c) nel caso in cui l'Assistito si avvalga di un Centro Clinico Convenzionato, ma l'operatore medico e la sua equipe non siano professionisti convenzionati con la Centrale Operativa, Emas provvederà a tenere indenne l'Assistito provvedendo al pagamento diretto di quanto dovuto al Centro Clinico Convenzionato e rimborsando le spese mediche sostenute dall'Assistito per le prestazioni del professionista non convenzionato nei limiti e con l'applicazione dello scoperto e/o franchigia previsti nel collegato Regolamento Emas.

Art.2 – Centrale Operativa

La Centrale Operativa, denominata Cattolica Previdenza, è una struttura che collabora con Emas che durante il normale orario di ufficio gestisce i servizi previsti nella presente sezione, provvedendo a fornire informazioni sui Centri Clinici Convenzionati e sui loro servizi.

La Centrale Operativa è in funzione tutti i giorni lavorativi, con le seguenti modalità:

- a) chiamata dall'Italia: l'Assistito dovrà utilizzare il Numero Verde 800-901454;
- b) l'Assistito da qualunque paese estero dovrà utilizzare il seguente numero telefonico 0039-040-2425025.

Art.3 – Obblighi a carico dell'Assistito per prestazioni presso Centri Clinici Convenzionati

Qualora necessiti l'erogazione di una delle prestazioni previste nel Regolamento, l'Assistito o chi per esso, dovrà prendere contatto con Emas specificando la prestazione sanitaria che si richiede.

Tale procedura viene considerata da Emas come adempimento dell'obbligo di avviso di malattia e/o infortunio, agli effetti di cui all'art. 1913 del Codice Civile.

Emas, prima della prenotazione del Centro Clinico Convenzionato, potrà eventualmente richiedere all'Assistito la seguente documentazione:

- un certificato medico attestante l'esistenza della patologia (malattia od infortunio) e la necessità di eventuali visite, di esami diagnostici, di ricovero o di intervento;
- ogni altra documentazione medica (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.) inerente al suo stato di salute. L'Assistito si impegna a collaborare al fine di consentire ad Emas di acquisire tutte le informazioni ritenute indispensabili per l'erogazione delle prestazioni del Regolamento.

Emas, accertata l'ammissione al rimborso, autorizzerà la prestazione con pagamento a proprio carico; tutte le spese fatturate all'Assistito saranno pagate da Emas, in nome e per conto dell'Assistito, ai Centri Clinici Convenzionati.

Art.4 – Pagamenti parziali delle prestazioni da parte di terzi

In virtù del principio indennitario dell'art. 1905 del Codice Civile qualora il debito per spese mediche dell'Assistito venga sostenuto in parte da terzi, a titolo definitivo Emas pagherà la parte di debito che resti effettivamente a carico dell'Assistito dedotte le franchigie pattuite.

Art.5 – Rinvio normativo

Per tutto quanto non regolato dagli articoli della presente sezione valgono le norme di legge.

SERVIZI DI ASSISTENZA

EMAS, PER IL TRAMITE DI CATTOLICA PREVIDENZA, OFFRE I SEGUENTI SERVIZI DI ASSISTENZA:

Art.1 – Prestazioni d'assistenza

a) Consulti Medici telefonici / Invio di un medico o di una ambulanza

Qualora, in caso di infortunio o malattia l'Assistito non riuscisse a contattare il proprio medico abituale, potrà, mettendosi in comunicazione con il servizio medico di Cattolica Previdenza, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da seguire. Inoltre, qualora, in seguito al primo contatto telefonico, il servizio medico di Europ Assistance giudicasse indispensabile una visita medica accurata, e semprechè non sia reperibile il medico abituale dell'Assistito, Cattolica Previdenza provvederà gratuitamente a:

- inviare un medico convenzionato al capezzale del paziente; - far trasportare l'Assistito presso il più vicino centro di pronto soccorso tramite ambulanza secondo la gravità del caso.

b) Ricerca di luoghi di cura

Qualora l'Assistito necessiti di un ricovero, Cattolica Previdenza, su richiesta dell'Assistito o di un suo familiare, provvederà a reperire e prenotare, nei limiti delle disponibilità del momento, un luogo di cura attrezzato per la patologia del caso.

c) Trasporto sanitario

Qualora, a seguito di malattia o infortunio, l'Assistito risulti affetto da una patologia che, previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico di Cattolica Previdenza e d'intesa con il medico curante, richieda un mezzo sanitariamente attrezzato per il:

- trasferimento all'istituto di cura, al momento del ricovero;
- trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
- rientro al domicilio, al momento della dimissione;

Cattolica Previdenza, su richiesta dell'Assistito o di un suo familiare, provvederà a proprio carico, entro un limite di spesa di € 2.582,00 per l'insieme delle prestazioni di cui sopra relative a ciascun ricovero, ad organizzare ed effettuare il trasporto sanitario tramite il mezzo giudicato più idoneo secondo la gravità del caso:

- aereo sanitario speciale;
- aereo di linea regolare (barellato, extra - seat);
- ambulanza

Se necessario, inoltre, provvederà ad assistere l'Assistito con personale medico e paramedico durante il trasferimento all'istituto di cura anche in assenza di trasporto sanitario.

d) Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui al precedente paragrafo, Cattolica Previdenza, se richiesto, organizza il viaggio ed il soggiorno (vitto ed alloggio) di un familiare o di una persona prescelta dall'Assistito che funga da accompagnatore a fianco del paziente. Cattolica Previdenza terrà a proprio carico, entro i limiti ed alle condizioni del presente Regolamento Emas, le spese di soggiorno con esclusione comunque delle spese di viaggio.

e) Custodia dei minori di anni 15

Qualora una malattia od infortunio occorso all'Assistito abbia reso necessario un ricovero superiore a due giorni, Cattolica Previdenza provvederà alla custodia dei figli dell'Assistito minori di anni 15 per un periodo massimo di 48 ore.

f) Messa a disposizione di un infermiere

Qualora, nel momento in cui viene dimesso dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritta all'Assistito, da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, una terapia a domicilio (o presso il luogo dove soggiorna l'Assistito) per la quale necessiti la presenza di un infermiere, Cattolica Previdenza provvederà a reperirlo, sostenendo o rimborsando all'Assistito il relativo costo fino ad un massimo di 15 ore lavorative.

L'Assistito dovrà usufruire della prestazione entro e non oltre i 7 giorni successivi alla sua dimissione dal luogo di cura.

g) Anticipo delle spese mediche, chirurgiche ed ospedaliere sostenute all'estero

Nei limiti di un massimale di € 2.582,00 Cattolica Previdenza può anticipare all'Assistito, in caso di ricovero per malattia o infortunio, la somma necessaria al pagamento delle spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche ed ospedaliere. In caso di danno non indennizzabile a termini di Regolamento Emas, tale somma dovrà essere rimborsata entro tre mesi dalla messa a disposizione.

h) Reperimento di medicinali urgenti all'estero

Nel caso in cui l'Assistito necessiti di un preparato irrimediabile nello Stato estero nel quale si trova, Cattolica Previdenza provvederà a inviare il farmaco richiesto. Sono a carico di Cattolica Previdenza le spese per diritti doganali.

i) Rientro anticipato

Nei casi in cui si rendesse indispensabile la presenza di un Assistito presso il domicilio in seguito ad una malattia od un infortunio occorso ad un suo familiare, anch'egli Assistito e semprechè sia previsto un ricovero superiore a 48 ore, Cattolica Previdenza metterà a disposizione un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe turistica) dal luogo di soggiorno fino al domicilio.

Art.2 – Limiti di esposizione per le prestazioni di assistenza

I massimali previsti da ogni singola prestazione di assistenza devono intendersi:

- disponibili per ciascun Assistito e per ogni evento dannoso;
- al lordo di qualsiasi imposta o altro onere stabilito per legge.

L'organizzazione di una delle assistenze indicate su iniziativa dell'Assistito o di una terza persona può dar luogo a rimborso solo nel caso in cui Cattolica Previdenza abbia precedentemente dato il suo accordo sui mezzi da utilizzare.

Le eventuali spese sostenute, semprechè autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, certificati, notule).

Art.3 – Centrale Operativa

La Centrale Operativa, denominata Cattolica Previdenza, è una struttura che collabora con Emas che, 24 ore su 24, gestisce i servizi previsti nella presente sezione.

La Centrale Operativa è in funzione tutti i giorni con le seguenti modalità:

- a) chiamata dall'Italia: l'Assistito dovrà utilizzare il Numero Verde 800-901454;
- b) l'Assistito da qualunque paese estero dovrà utilizzare il seguente numero telefonico 0039-040-2425025 o inviare una mail a centraleoperative@previmedical.it.

Art.4 – Norme specifiche per le prestazioni di assistenza

a) Delimitazioni – Esclusioni

Sono escluse:

le prestazioni, o spese, non autorizzate specificatamente da Cattolica Previdenza;
le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

b) Richiesta di assistenza — Prescrizione

Le prestazioni di assistenza devono essere richieste telefonicamente o via telefax, nel momento in cui si verifica l'evento e comunque non oltre 3 giorni, direttamente a Cattolica Previdenza. Qualora pertanto l'Assistito non usufruisca di una o più prestazioni alternative di assistenza, Cattolica Previdenza non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione. Qualsiasi diritto nei confronti di Cattolica Previdenza, e derivante dal contratto, si prescrive nel termine di due anni a decorrere dalla data in cui si verifica l'evento.

c) Responsabilità

Cattolica Previdenza non potrà in alcun modo esser responsabile dei ritardi od impedimenti nell' esecuzione delle proprie prestazioni di assistenza derivanti da eventi esclusi o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

d) Comunicazioni — Variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assistito o gli aventi diritto sono tenuti devono essere effettuate con lettera raccomandata, e/o lettera, fax entro 30 giorni.

LA COPERTURA SANITARIA

PRESTAZIONE	MASSIMALE	FRANCHIGIA
GRANDI INTERVENTI	100.000,00 €	nessuna franchigia
RICOVERI / INTERVENTI A PAGAMENTO	50.000,00 €	da 750,00 € a 2.000,00 € int. ambulatoriale 1.800,00 €
ACCOMPAGNATORE (solo per ricoveri a pagamento)	52,00 € a notte per massimo 30 notti	/
TRASPORTO (solo per interventi a pagamento)	1.033,00 € con ambulanza o similari	/
DIARIA PER RICOVERO con Sistema Sanitario Nazionale	100,00 € a notte per massimo 300 notti	/
DIARIA PER INTERVENTO	52,00 € a notte per massimo 5 notti	/
ESAMI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE (tac, risonanza magnetica, doppler, laserterapia, ...)	5.165,00 € / 2.165,00 € per nucleo singolo	103,00 €
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE (visite, esami generici, ticket, ...)	516,00 €	80,00 €
LENTI DA VISTA	sottomassimale 155,00 €	

LA COPERTURA NEL MONDO INTERO E' GARANTITA DA CATTOLICA PREVIDENZA

SERVIZI GARANTITI:

- _ CONSULTI MEDICI TELEFONICI E L'INVIO DI UN MEDICO O DI UN AMBULANZA;
- _ RICERCA DEL LUOGO DI CURA ATTREZZATO PER LA PATOLOGIA DEL CASO;
- _ TRASPORTO (ANCHE DELL'ACCOMPAGNATORE);
- _ MESSA A DISPOSIZIONE DI UN INFERMIERE E REPERIMENTO DI MEDICINALI URGENTI;
- _ ANTICIPO DELLE SPESE MEDICHE, CHIRURGICHE E OSPEDALIERE SOSTENUTE ALL'ESTERO;
- _ RIENTRO ANTICIPATO A CAUSA DI RICOVERO SUPERIORE ALLE 48 ORE CON TRENO O AEREO.

ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI AMMESSI A SUSSIDIO

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Asportazione di neoplasie endocrinatiche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Cranioplastiche
- Operazioni endocrinatiche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per deviazione liquorale diretta o indiretta
- Operazioni per encefalo meningocele
- Lobotomia ed altri interventi di psicotomia
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Interventi sull' ipofisi per via transfenoidale
- Emisferectomia
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale
- Vagotomia per via toracica.

Faccia e bocca

- Plastica per paralisi del nervo facciale
- Correzione naso a sella
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi
- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Demolizione dell' osso frontale
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Resezione del mascellare superiore
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitale
- Fratture del condilo e dell' apofisi coronoide mandibolare. Trattamento chirurgico e ortopedico.
- Fratture dei mascellari superiori. Trattamento chirurgico e ortopedico.

Collo

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne esofago
- Interventi per diverticolo dell' esofago
- Resezione dell' esofago cervicale
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toracico - laparatomica
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema medianistico
- Interventi nell' esofagite, nell' ulcera esofagea e nell' ulcera peptica post operatoria
- Operazione sull' esofago per stenosi benigne per tumori, resezioni parziali basi, alte e totali

Torace

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interins e del cavo ascellare
- Interventi sul mediastino per tumori
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumectomia
- Decorticazione polmonare
- Pleuropneumonectomia
- Toracectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali - cutanee
- Asportazione del timo
- Toracoplastica totale

Chirurgia cardiaca

- Pericardiectomia
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici
- Commissurotomia
- Operazioni per embolia dell' arteria polmonare
- Valvuloplastica della mitrale o dell' aorta
- Sostituzione valvolare con protesi
- Infartectomia in fase acuta
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- Bypass aorto/coronarico con vena
- Bypass aorto/coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio
- Impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenico/pericardica
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore

Stomaco, duodeno

- Resezione gastrica
- Gastroectomia totale
- Resezione gastro/digiunale per ulcera peptica post/anastomotica
- Intervento per fistola gastro/digiuno/colica
- Cardiomiectomia extramucosa

Peritoneo e Intestino

- Laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell' addome con lesioni di organi interni parenchimali
- Idem con lesioni dell' intestino/resezione intestinale
- Occlusione intestinale di varia natura/resezione intestinale
- Resezione del tenue
- Resezione ileo/cecale
- Colectomia totale

Retto

- Amputazione del retto per via sacrale
- Amputazione del retto per via addomino/perineale

Fegato e Vie biliari

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Resezione epatica
- Epatico e coledoctomia
- Papillotomia per via transduodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrotomia, colecisto ed enterostomia).

Pancreas e Milza

- Interventi di necrosi acuto del pancreas
- Interventi per cisti o pseudocisti:
 - enucleazione delle cisti
 - marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi del pancreas:
 - totale o della testa
 - della coda
- Splenectomia
- Anastomosi mesenterica/cava
- Anastomosi porto/cava e spleno/renale

Vasi

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlava, tronco branchio/cefalico, iliache
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima
- Disostruzione by pass aorta addominale
- Interventi per stenosi dell' arteria renale, mesenterica superiore o eiliaca
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Operazioni sull' aorta toracica e sull' aorta addominale.

Pediatria

- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia dell' esofago
- Fistola dell' esofago
- Atresia dell' ano semplice: abbassamento addominoperitoneale
- Atresia dell' ano con fistola retto uretrale o retto vulvare/abbassamento addomino perineale
- Eteratoma sacrococcigeo
- Megauretere:
 - resezione con reimpianto
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

Ortopedia e Traumatologia

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Artroprotesi di anca
- Protesi di femore
- Artroprotesi di ginocchio
- Artroprotesi di gomito
- Protesi di Thompson
- Protesi di spalla e gomito
- Protesi di polso
- Protesi di ginocchio
- Vertebrotonia

Urologia

- Intervento per fistola vescico/rettale
- Cistectomia totale con ereterosigmoidostomia
- Ileocisto plastica - colicisto plastica
- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico/intestinale
- Intervento per estrofia della vescica
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefroureterectomia totale

Apparato genitale

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- Crazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- Crazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- Crazione di condotto vaginale con rivestimento epidemic()
- Cura chirurgica di fistola vescico/vaginale
- Cura chirurgica di fistola uretale
- Cura chirurgica di fistola retto vaginale
- Metroplastica
- Pannisterectomia radicale per via addominale
- Pannisterectomia radicale per via vaginale
- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomy totale

Oculistica

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Trabeculectomia

Otorinolaringoiatria

- Chirurgia della sordità otosclerotica
- Timpanoplastica
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine
- Decompressione del nervo facciale
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia
- Resezione del nervo petroso superficiale

Laringe

- Laringectomia orizzontale sopraglottica
- Laringectomia parziale verticale
- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia