MEDI-PREV

Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

# Fondo MEDI-PREV

## Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

## PIANO PLUS Anno 2021

# PACCHETTO MATERNITA’

Le prestazioni inerenti alla maternità sono rimborsate da MEDIPREV:

Sono comprese nelle spese rimborsabili:
Ecografie ostetriche;
Analisi di laboratorio clinico;
Accertamenti specialistici finalizzati al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto;
Indagini genetiche e Indennità di parto.
Visite di controllo ostetrico ginecologiche;
Controlli ostetrici;
Visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore;

Visite di controllo
È previsto il rimborso delle visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate durante la gravidanza da medici specializzati in ostetricia e ginecologia, dei controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all’esercizio della professione di ostetrica/o iscritto all’apposito albo professionale, di una visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore, nel numero massimo complessivo di quattro visite/controlli per gravidanza (sei per gravidanza a rischio). Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici dai quali si evinca la tale circostanza.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Ecografie
È previsto il rimborso delle ecografie ostetriche effettuate in tutte le strutture pubbliche o private.

Analisi Clinico Chimiche e Indagini Genetiche
È previsto il rimborso delle spese sostenute per analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche), amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto, recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN.

Massimali rimborso:
Il massimale di rimborso relativo al Pacchetto Maternità ammonta a € 1.000,00 (mille/00) per evento gravidanza (ai fini del conteggio della durata della gravidanza vengono considerate la data dell'ultima mestruazione e la data del parto).

Indennità di parto
In occasione del parto effettuato in strutture pubbliche o private, naturale o cesareo, è prevista un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 notti. L'Indennità è erogata con gli stessi criteri anche in caso di ricovero per aborto spontaneo o aborto terapeutico.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso
- Modulo di richiesta rimborso Mediprev compilato in ogni sua parte, scaricabile dal sito www.medi-prev.it;
- Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata;
- Certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicazione della data dell'ultima mestruazione e la data presunta del parto.

Per l'Indennità di Parto è richiesto l'invio in copia della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto o per aborto spontaneo o terapeutico.
Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia del certificato medico dal quale si evinca tale fattispecie.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 (uno) anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata (1 anno dalla data di dimissioni dal ricovero per l'indennità di parto).

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale e l'invio di ulteriore documentazione sanitaria.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

# VISITE SPECIALISTICHE

Le visite specialistiche vengono gestite da Mediprev in forma rimborsuale.

L'iscritto può avvalersi sia di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) sia di strutture private convenzionate con Mediprev.

L'iscritto sostiene la prestazione e successivamente ne richiede il rimborso seguendo le istruzioni indicate sul sito www.medi-prev.it:

Il Fondo rimborsa i ticket sanitari salvo uno scoperto di € 5,00 su ogni ticket ammesso a rimborso.

Il Fondo rimborsa le prestazioni erogate da strutture convenzionate con Mediprev salvo uno scoperto di € 20,00 su ogni spesa ammessa al rimborso.

Il massimale rimborsabile ogni 12 mesi per il complesso delle prestazioni è di € 700,00 (settecento/00).

Le visite sono previste in caso di patologia accertata indicata in prescrizione medica. Tale patologia deve essere emersa successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano

Come chiedere le prestazioni

Richiesta di rimborso Ticket SSN - l'iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

- Modulo di richiesta rimborso Mediprev compilato in ogni sua parte, scaricabile dal sito www.medi-prev.it;
- Copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia accertata e la data di accertamento; Tale patologia deve essere emersa successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano
- Copia del Ticket Sanitario con indicazione della prestazione sostenuta.

Richiesta di rimborso prestazioni strutture convenzionate Mediprev - l'iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

- Modulo di richiesta rimborso Mediprev compilato in ogni sua parte, scaricabile dal sito www.medi-prev.it;
- Copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia accertatame la data di accertamento; Tale patologia deve essere emersa successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano
- Copia della fattura con indicazione della prestazione sostenuta. La fattura dovrà contenere il dettaglio della visita effettuata

Sono escluse dall'operatività del piano sanitario di Mediprev:

- La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale (FIVET);
- Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- Percorso di cura psichiatrico e dietologico.
- Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica e dietologica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia;
- Le visite effettuate da personale sanitario non in possesso di specializzazione riconosciute dalla vigente legislazione.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale e l'invio di ulteriore documentazione sanitaria.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

# PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA

Le prestazioni di Diagnostica vengono gestite Mediprev in forma rimborsuale.

L'iscritto può avvalersi sia di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) sia di strutture private convenzionate da Mediprev.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), può sostenere la prestazione e successivamente richiederne il rimborso se guendo le indicazioni presenti nel sito www.medi-prev.it

Il Fondo rimborsa i ticket sanitari salvo uno scoperto di € 5,00 su ogni ticket ammesso a rimborso.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture convenzionate Mediprev, può sostenere la prestazione e successivamente richiederne il rimborso se guendo le indicazioni presenti nel sito www.medi-prev.it

Il Fondo rimborsa le prestazioni salvo uno scoperto di € 35,00 (trentacinque/00) su ogni prestazione ammessa a rimborso.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di € 6.000,00 (seimila/00).

Le prestazioni sono previste in caso di patologia accertata indicata in prescrizione medica. Tale patologia deve essere emersa successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Come chiedere le prestazioni

Richiesta di rimborso Ticket SSN L'iscritto dovrà trasmettere al Fondo:
- Modulo di richiesta rimborso Mediprev compilato in ogni sua parte, scaricabile dal sito www.medi-prev.it;
- Copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia accertata e la data di accertamento; Tale patologia deve essere emersa successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano
- Copia del Ticket Sanitario con indicazione della prestazione sostenuta.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 70 giorni dalla data della prestazione effettuata.

Richiesta di rimborso prestazioni da struttura privata convenzionata con Medi-prev - L'iscritto dovrà trasmettere al Fondo:
- Modulo di richiesta rimborso Mediprev compilato in ogni sua parte, scaricabile dal sito www.medi-prev.it;
- Copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia accertata e la data di accertamento; Tale patologia deve essere emersa successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano
- Copia del Ticket Sanitario con indicazione della prestazione sostenuta.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 70 giorni dalla data della prestazione effettuata.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale e l'invio di ulteriore documentazione sanitaria.

Le prestazioni comprese nell'area Diagnostica sono:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)
- Esami radiologici apparato osteoarticolare;
- Mammografia (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia);
- Mammografia bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia);
- RX colonna vertebrale in toto;
- RX di organo apparato;
- RX esofago;
- RX esofago esame diretto;
- RX tenue seriato;
- RX tubo digerente;
- RX tubo digerente prime vie;
- RX tubo digerente seconde vie;

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

- Radiologia convenzionale (con contrasto)
- Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia;
- Cavernosografia;
- Cistografia/doppio contrasto;
- Cisturetrografia minzionale;
- Clisma opaco e/a doppiocontrasto;
- Colangiografia;
- Colecistografia;
- Colpografia;
- Coronarografia;
- Dacriocistografia;
- Defecografia;
- Esame urodinamico;
- Fistolografia;
- Flebografia;
- Fluorangiografia;
- Galattografia;
- Isterosalpingografiae/osonoisterosalpingografia e/osonoisterografia;
- Linfografia;
- RX esofago con contrasto opaco/doppio contrasto;
- RX piccolo intestino con doppio contrasto;
- RX stomaco con doppiocontrasto;
- RX tenue a doppio contrasto con studio selettivo;
- RX tubo digerente completo compreso esofago con contrasto;
- Scialografia con contrasto;
- Uretrocistografia;
- Urografia;
- Vesciculodeferentografia;
- Alta diagnostica per immagini (ecografie)
- Ecografia mammaria;
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale;
- Ecografia prostatica anche transrettale;
- Ecografia addome superiore;
- Ecografia addome inferiore;
- Ecografia muscolo tendinea;
- Ecografia parti molli;
- Ecografia tiroidea;
- Ecografia transrettale.
- Ecocolordopplergrafia
- Ecodoppler cardiaco compreso color;
- Ecocolordoppler arti inferiori esuperiori;
- Ecocolordoppler aorta addominale;
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici.
- Tomografia computerizzata (TC)
- Angio TC;
- AngioTC distretti eso o endocranici;
- TC spirale multistrato (64 strati);
- TC con e senza mezzo di contrasto.
- Risonanzamagnetica (RM)
- Cine RM Cuore;
- Angio RM con contrasto;
- RMN con e senza mezzo di contrasto.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

PET
Tomografia ad emissione di positroni (PET) per organodistretto-apparato.

Scintigrafia
Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia);
Tomoscintigrafia SPET miocardica;
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate;
Tomoscintigrafia (SPET) cerebrale.

Diagnostica strumentale
Campimetria;
Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter);
ECG dinamico con event recorder esterno;

Elettroencefalogramma;
Elettroencefalogramma (EEG) con privazione sonno;
Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore;
Elettromiografia (EMG);
Elettroretinogramma;
Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa;
Phmetria esofagea gastrica;
Potenziali evocati;
Spirometria;
Tomografia mappa strumentale dellacornea.

Biopsie
Tutte.

Endoscopie diagnostiche ed operative
Cistoscopia;
Esofagogastroduodenoscopia;
Pancolonscopia;
Rettoscopia;
Rettosigmoidoscopia;
Tracheobroncoscopia.

Nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso
di esame in endoscopie operative, il Fondo garantirà la copertura sia dell'endoscopia diagnostica che dell'atto operatorio.

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella;
Emogasanalisi arteriosa;
Lavaggio bronco alveolare endoscopico;
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

# TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRONTO SOCCORSO

Il rimborso dei Ticket SSN per accertamenti diagnostici e il rimborso dei Ticket SSN di Pronto Soccorso viene gestito Medi-prev in forma rimborsuale. Sono compresi in copertura tutti quegli accertamenti Diagnostici non indicati nell'area "Diagnostica".

Non rientrano, comunque, gli accertamenti diagnostici di natura odontoiatrica.

Alcuni esempi di prestazioni che rientrano in copertura:
Esami del sangue (tutte);
Prelievi Microbiologici (pap-test);
Elettrocardiogramma (anche sotto sforzo).

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

L'iscritto può avvalersi delle strutture SSN (Servizio Sanitario Nazionale), sostenere la prestazione e successivamente richiederne il rimborso seguendo le modalità indicato sul sito www.medi-prev.it

Il Fondo rimborsa i ticket sanitari salvo uno scoperto di € 5,00 su ogni ticket ammesso a rimborso.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di € 500,00.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia accertata indicata in prescrizione medica. Tale patologia deve essere emersa successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano

L'iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

- Copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia accertata e la data in cui tale patologia è stata accertata; Tale patologia deve essere emersa successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano
- Copia del Ticket Sanitario con indicazione della prestazione sostenuta.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 70 (settanta) giorni dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale e di ulteriore documentazione sanitaria.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

# CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E DIALISI

Il Fondo rimborsa integralmente entro il massimale annuo le spese per:

- Chemioterapia;
- Radioterapia;
- Dialisi.

In tali aree rientreranno tutte le voci di terapia, le prestazioni dell'equipe medica oncologica e ogni prestazione direttamente correlata alla somministrazione della terapia medesima. Inoltre rientreranno i farmaci che mioterapici antineoplastici autorizzati alla vendita in Italia, rimborsabili nel rispetto del limite del massimale d'area.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Modulo richiesta rimborso Mediprev scaricabile direttamente dal sito www.medi-prev.it;
- Copia della certificazione medica attestante la patologia per la quale viene effettuata la terapia e la data in cui tale patologia è stata accertata. Tale patologia deve essere emersa successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano
- Copia della prescrizione medica della terapia, con l'indicazione del numero di sedute;
- Copia del documento di spesa, indicante le singole voci di dettaglio.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 70 (settanta) giorni dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.
La disponibilità ogni 12 mesi per la presente garanzia è di € 6.000,00 per iscritto.
Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale e ulteriore documentazione sanitaria.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

# LENTI ED OCCHIALI

Mediprev provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali per difetti visivi sia da vicino che da lontano senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista.
Il rimborso viene concesso ogni 36 (trentasei) mesi, su una singola fattura per lenti o occhiali. Una nuova richiesta di rimborso potrà essere presentata solo dopo il 37esimo mese dalla precedente fattura.

L'importo rimborsabile per fattura è di € 90,00. Può essere richiesto il rimborso di una sola fattura ogni 36 mesi.
L'acquisto della sola montatura non sarà ammesso a rimborso. In nessun caso il massimale potrà essere raggiunto sommando più richieste nel corso dei 36 mesi.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Superamento del limite dei 36 mesi

Il rimborso potrà essere concesso prima che siano trascorsi 36 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata dal Fondo, nel caso in cui l'oculista certifichi una variazione di almeno 1,5 diottrie sferiche o cilindriche su un singolo occhio, per qualsiasi tipo di patologia.

In tal caso il Fondo concederà il rimborso, sempre che siano trascorsi almeno 12 (dodici) mesi dall'ultima fattura liquidata.

In nessun caso potrà essere considerato sufficiente il raggiungimento della variazione di 1,5 diottrie sommando i valori sferici e cilindrici del singolo occhio o som mando le variazioni tra occhio destro e sinistro.

Non saranno ammessi a rimborso occhiali e/o lenti per finalità estetiche e occhiali da sole graduati.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:
- Modulo richiesta rimborso Mediprev scaricabile direttamente dal sito www.medi-prev.it;
- Copia della prescrizione dell'oculista attestante le diottrie sferiche e/o cilindriche mancanti. Per le prescrizioni di lenti multifocali persiste l'obbligo della prescrizione dell'oculista. Saranno ritenute valide le prescrizioni rilasciate fino a 3 (tre) mesi antecedenti la data della fattura. Non saranno accettate prescrizioni emesse successivamente alla data di acquisto;
- Copia della fattura attestante l'acquisto del presidio.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 70 (settanta) giorni dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale e di ulteriore documentazione sanitaria.

# FISIOTERAPIA

Fisioterapia da infortunio o patologie particolari

Il Fondo provvede al rimborso delle spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi nei casi di seguito indicati purché prescritti dal medico di medicina generale o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata ed effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

- Infortunio certificato entro le 48 ore dall'evento traumatico da Pronto Soccorso di ospedale o istituzione sanitaria organizzata che abbia effettuato il primo soccorso. La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette dell'infortunio. Tale infortunio deve essersi verificato successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano.

Particolari patologie emerse successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano:

- Ictus cerebrale. La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia;
- Neoplasie o forme degenerative encefaliche o midollari.
- La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia;
- Protrusione ed ernie discali certificate dal referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC). La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia.
- In caso di soluzione chirurgica vertebrale per ernia discale, la fisioterapia sarà concessa per un massimo di 6 mesi dall'evento chirurgico.

Non rientrano in garanzia:
Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Sono esclusi dal rimborso le prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici, in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano. Del pari non saranno rimborsate le prestazioni osteopatiche in quanto prestazioni non qualificate giuridicamente come attività medico-sanitarie.
Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi.

Il massimale annuo (12 mesi) assicurato per il complesso delle prestazioni di € 500,00 (cinquecento/00).

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Il rimborso è ammesso all'interno dei seguenti massimali:

| | |
|---|---|
| Elettrosonoterapia | € 8,00 |
| Elettrostimolazioni esponenziali | € 8,00 |
| Elettroterapia | € 10,00 |
| Ionoforesi | € 10,00 |
| Terapia antalgica transcutanea | € 8,00 |
| PRESTAZIONI DIIDROTERAPIA | COSTO PER SEDUTA |
| Bagnoterapia | € 13,00 |
| Crenoterapia | € 13,00 |
| Ginnastica vascolare idrica | € 9,00 |
| Idrochinesiterapia | € 13,00 |
| Idrogalvanoterapia | € 8,00 |
| Idromassoterapia | € 8,00 |
| PRESTAZIONI DI MASSOTERAPIA | COSTO PER SEDUTA |
| Drenaggio linfatico manuale | € 15,00 |
| Massaggio riflessogeno | € 13,00 |
| Massaggio strumentale | € 8,00 |
| Massaggio terapeutico tradizionale | € 8,00 |
| Massoterapia segmentaria | € 19,00 |
| per qualunque segmento | |

Nel caso in cui l'assistito si avvalesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari nei limiti del massimale di € 500,00 an nui. Le aree terapeutiche di fisioterapia utilizzate nel caso di rieducazione funzionale e riabilitazione per traumatismi o patologie ammesse a rimborso sono:

PRESTAZIONI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE E CHINESITERAPIA

Chinesiterapia individuale (ogni tipo) € 23,00
Ginnastica correttiva € 11,00
Ginnastica medica (non a scopo estetico) € 16,00
Ginnastica propriocettiva € 8,00
Ginnastica respiratoria € 11,00
Ginnastica segmentaria € 11,00
Riabilitazione post-operatoria € 11,00
Riabilitazione post-traumatica € 11,00
Rieducazione neuromotoria € 21,00
Riabilitazione del pavimento pelvico € 30,00

PRESTAZIONI DI SONOTERAPIA

Ultrasuoni a contatto € 10,00
Ultrasuoni ad immersione € 8,00

PRESTAZIONI DI TECARTERAPIA

Tecarterapia € 26,00

PRESTAZIONI DITERMOTERAPIA

Crioterapia € 7,00
Fangoterapia € 9,00
Ipertermia € 31,00

Manipolazioni vertebrali € 21,00
Trazioni vertebrali cervicali € 11,00
Trazioni vertebrali lombosacrali € 11,00
Trazioni vertebrali meccaniche € 11,00

VARIE

Fitoterapia € 6,50
Laserterapia € 22,00

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Documenti da fornire per la richiesta di rimborso da infortunio:

- Modulo di richiesta rimborso Mediprev;
- Copia della certificazione del Pronto Soccorso o della struttura sanitaria attestante l'infortunio;
- Copia di una prescrizione medica dettagliata rilasciata dal medico di medicina generale o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie;
- Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (massofisioterapista, infermiere professionale, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, titolari di diplomi equipollenti ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art.1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633.
Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 70 (settanta) giorni dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Documenti da fornire per la richiesta di rimborso da fisioterapia da particolari patologie:
Nel caso delle particolari patologie che consentono l'accesso ai trattamenti fisioterapici garantiti dal Fondo dovranno essere inviate:
Per patologie di cui al punto 2.1 e 2.2 dell'area di fisioterapia della presente guida:

- copia della certificazione medica attestante la natura della patologia e la data in cui tale patologia è stata accertata, rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata. Per protrusioni ed ernie discali di cui al punto 2.3 della presente guida: copia del referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC); tale patologia deve essere emersa successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano

- Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie. La fisioterapia prescritta dovrà essere coerente con la patologia;

- Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, massofisioterapista, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere copia del ticket.
Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 70 (settanta) giorni dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.
Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale e di ulteriore documentazione sanitaria.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

# PACCHETTI DI RIABILITAZIONE E CONTROLLO

Mediprev mette a disposizione dei propri iscritti tre pacchetti di prestazioni finalizzate alla riabilitazione e al controllo per alcune patologie e stati fisiologici.

I pacchetti non sono cumulabili.

Per ogni anno solare l'iscritto ha la possibilità di attivare uno solo dei tre pacchetti e può effettuare esclusivamente, e nei limiti indicati dal presente piano, le prestazioni previste per il pacchetto prescelto.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

Il massimale annuo per ciascuno dei tre pacchetti è di € 500,00.

Pacchetto 1: Riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore
Il pacchetto è attivabile esclusivamente per le seguenti patologie, emerse successivamente :

- sindrome del tunnel carpale;
- sindrome del canale di Guyon (ultimo tratto del nervo ulnare);
- sindrome del tunnel tarsale;
- dito a scatto (tendinite della mano);
- sindrome di De Quervain (tenosinovite stenosante);
- capsulite adesiva;
- lesione/infiammazione della cuffia dei rotatori;
- tendinite del sovra spinoso;
- borsite della spalla;
- artrite/Periartrite scapolo omerale o spalla;
- sindrome di Morton/metatarsalgia;
- varici Arti Inferiori.

Attivando il pacchetto Riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore si potrà ottenere il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta previsto per ciascuna prestazione:

| PRESTAZIONE | COSTOMASSIMOPERSEDUTA |
|---|---|
| Massoterapia manu medica (medico chirurgo) individualizzata | € 19,00 |
| Luce infrarossa | € 8,00 |
| Ultrasuoni | € 10,00 |
| Magnetoterapia | € 12,00 |
| Laser Terapia | € 22,00 |
| Tecarterapia | € 26,00 |
| Ipertermia | € 31,00 |
| Drenaggio linfatico manuale (DML) | € 15,00 |
| Elastocompressione | € 15,00 |

Certificazioni attestanti la patologia rilasciate prima di tre mesi rispetto all'inizio del piano di cura non saranno accettate.

Non rientrano in garanzia:
Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi sa- lute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centromedico. Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano. Del pari non saranno rimborsate le prestazioni osteopatiche in quanto prestazioni non qualificate giuridicamente come attività medico-sanitarie. Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi. In caso di risoluzione chirurgica la fisioterapia sarà concessa per un massimo di 6 mesi dall' evento chirurgico.
La patologia dovrà essere stata accertata successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Modulo richiesta rimborso Mediprev, scaricabile direttamente dal sito www.medi-prev.it;
- Copia della certificazione medica attestante la natura della patologia e la data di accertamento della patologia, rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
- Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie;
- Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, masso- fisioterapista, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 ema- nato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esen- zione IVAdicuiall'art. 10 n. 18 del D.P.R.26/10/1972 n. 633. Pertantoil Fondo, afronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 70 (settanta) giorni dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Pacchetto 2: Riabilitazione Post Partum
Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di parto attestato da certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza.

Attivando il pacchetto Riabilitazione Post Partum si potrà ottenere il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta di ciascuna prestazione e purché le prestazioni siano effettuate entro 6 mesi dalla data del parto:

PRESTAZIONE

Ginnastica Post Partum € 11,00
Riabilitazione del pavimento pelvico € 30,00

Non rientrano in garanzia:
Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano. Del pari non saranno rimborsate le prestazioni osteopatiche in quanto prestazioni non qualificate giuridicamente come attività medico sanitarie.

Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso
- Modulo richiesta rimborso Mediprev, scaricabile direttamente dal sito www.medi-prev.it;
- Copia della certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza;
- Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie;
- Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, massofisioterapista, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000).

Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 70 (settanta) giorni dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Pacchetto 3: Post Menopausa
Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di menopausa attestata da medico "di base" o dallo specialista. Lo stato di menopausa deve essere accertato successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano

Attivando il pacchetto Post Menopausa si potrà ottenere il rimborso delle seguenti voci, nei limiti dell'eventuale costo massimo per seduta previsto per alcune prestazioni e della ripetibilità prevista per altre:

PRESTAZIONE

Riabilitazione € 30,00
del pavimento pelvico
Ginnastica medica € 16,00
Visita ginecologica (max 1/anno)
Post Menopausa
MOC (max 1/anno)

Non rientrano in garanzia:
Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano. Del pari non saranno rimborsate le prestazioni osteopatiche in quanto prestazioni non qualificate giuridicamente come attività medico-sanitarie.

Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:
- Modulo richiesta rimborso Fondo Est scaricabile direttamente dal sito www.fondoest.it;
- Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista, attestante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie. Per la visita ginecologia e per la MOC: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista;
- Copia della fattura. Per le fatture relative alle prestazioni fisioterapiche è necessario che nella fattura si evinca che il trattamento fisioterapico è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, massofisioterapista, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario tra smettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 70 (settanta) giorni dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

# AGOPUNTURA Manu Medica

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per agopuntura effettuata a seguito di malattia o infortunio esclusivamente a fini antalgici (terapia del dolore). Ai fini del rimborso dovrà essere inviata una prescrizione medica dettagliata indicante la necessità del trattamento di agopuntura a fini antalgici. In caso di prescrizione rilasciata da medico specialista, la specializzazione dovrà essere inerente alla patologia denunciata. Il trattamento deve essere effettuato da medico chirurgo il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa (fatture/ricevute).

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di € 250,00. Saranno rimborsati, nei limiti del massimale annuo indicato, le fatture e i ticket trasmessi nelle modalità di seguito indicate.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso
- Modulo richiesta rimborso Medi-prev, scaricabile direttamente dal sito www.medi-prev.it;
- Copia della prescrizione attestante la necessità della terapia a fini antalgici;
- Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico abilitati, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 70 giorni dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.
Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

# Presidi e ausili medico ortopedici

Il Fondo rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di presidi, ausili medici ortopedici, sempre se appositamente prescritti e conseguenti a malattia e/o infortunio avvenute successivamente alla data di inizio copertura del piano sanitario, come indicato al punto ----- del presente piano

- Ortesi per piede
- Calzature ortopediche su misura Apparecchi ortopedici per arto inferiore
- Apparecchi ortopedici per arto superiore
- Ortesi spinali
- Ausili per rieducazione
- di movimento, forza, equilibrio
- Carrozzine
- Accessori per carrozzine Ausili per il sollevamento
- Dispositivi per prevenire e correggere
- le deformità dell'arto inferiore e dell'anca: non è un dispositivo atto alla deambulazione
- Dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto superiore
- Sollevatori mobili, sollevatori a soffitto, ecc.

Per ogni tipologia di presidio sono previsti massimo 2 acquisti/anno.

Le spese vengono rimborsate nella misura dell'80% lasciando a carico dell'iscritto uno scoperto del 20%.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Modulo richiesta rimborso Medi-prev, scaricabile direttamente dal sito www.medi-prev.it;
- Copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e ausili ortopedici con l'indicazione della patologia che l'ha generata e la data di accertamento della patologia;
- Copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggiato e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare anche una dichiarazione del venditore timbrata e sotto- scritta, indicando il prodotto acquistato o noleggiato.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 70 (settanta) giorni dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 3.000,00 per iscritto.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

# PRESTAZIONI A SOSTEGNO DI SOGGETTI CHE VERSANO IN CONDIZIONI DI INVALIDITÀ PERMANENTE

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Medi-prev ha introdotto nel proprio piano sanitario garanzie volte a fornire sostegno a soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente.

Destinatari delle prestazioni

Sono destinatari della presente garanzia i lavoratori iscritti a Medi-prev che hanno maturato i requisiti soggettivi di cui al paragrafo "Requisiti dei destinatari" in seguito a un evento (patologia o infortunio) insorto durante il periodo della copertura sanitaria.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Requisiti dei destinatari

I destinatari delle prestazioni sono coloro che, durante il periodo della copertura, hanno:
Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL, di grado uguale o superiore all' 80%;
Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

Per accedere ai plafond, la copertura sanitaria deve essere attiva alla data d'insorgenza della patologia, alla data della presentazione della domanda d'invalidità e certificazione della stessa.

Oggetto della garanzia
A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui ai punti nn. 1 e 2, il Fondo Mediprev mette a disposizione degli iscritti, una tantum, un plafond di spesa di:

€ 6.000,00 per invalidità con grado compreso tra 80% e 90%
€ 8.000,00 per invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Per il rimborso delle seguenti prestazioni:

- Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
- Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
- Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati);
- Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti, etc.);
- Consulenza psicologica effettuata da psicologo abilitato; sedute di psicoterapia; visita psichiatrica; visita neurologica;
- Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf).

Copia certificazione Inail/Inps attestante l'invalidità e il relativo grado;
Per l'invalidità da patologia e malattie professionali, copia della documentazione medica dalla quale si evince la data d'insorgenza della patologia;

- Copia prescrizione medica;
- Copia documentazione di spesa.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità. Viene comunque garantito il rimborso per le prestazioni effettuate nel periodo che intercorre tra la data della domanda di riconoscimento di invalidità e la certificazione stessa.
In caso di aggravamento e di riconoscimento di un grado maggiore di invalidità che comporti il passaggio da una fascia all'altra di plafond di spesa, verrà riconosciuto il diritto solo alla differenza di importo (€ 2.000,00) e non la disponibilità dell'intero plafond della nuova fascia di riferimento. I soggetti che presentino i requisiti di cui ai punti nn. 1 e 2 del paragrafo "Requisiti dei destinatari" del presente Piano Sanitario, potranno fruire delle prestazioni anche successivamente all'uscita dalla copertura sanitaria erogata dal Fondo, purché tali prestazioni siano state effettuate entro 2 anni dalla data di certificazione dell'invalidità.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso
Ai fini del rimborso è richiesto l'invio della seguente documentazione:
Modulo di rimborso Medi-Prev;
Copia della domanda d'invalidità dalla quale si evinca la data di presentazione;

di pagamento e versamento dei contributi previsti di volta in volta dalla legislazione nazionale per le prestazioni di lavoro occasionale, purché corredata del prospetto di retribuzione redatto nelle modalità di cui al punto 1. Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

*Per il personale di supporto per le normali attività quotidiane (colf/ badante) la documentazione di spesa richiesta è:
Prospetto di retribuzione rilasciato dal datore di lavoro dal quale si evinca:
Nome e Cognome del lavoratore (colf/badante)
Numero ore lavorate
Retribuzione oraria
Totale retribuzione percepita
Importo contributi versati
Firma per ricevuta del lavoratore (colf/badante)
Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS

# LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la datadi effetto del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

- Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto 9;
- Accertamenti diagnostici odontoiatrici;
- Prestazioni di ortodonzia;
- Prestazioni di implantologia;
- Avulsione (estrazione denti);
- Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione);
- Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione);
- Sindrome metabolica;
- Servizi di consulenza;

Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico

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

Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati al successivo punto 9, può godere delle seguenti prestazioni:

PRE-RICOVERO
Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

INTERVENTO CHIRURGICO
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE
Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

RETTA DI DEGENZA
Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie.
Nel caso di ricovero in Istituto di cura convenzionato con MEDI-PREV, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.

ACCOMPAGNATORE

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.
La garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

POST-RICOVERO

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.
La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale in strutture sanitarie e con personale convenzionato da MEDI-PREV.
Per i medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali, la garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale. Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da MEDI-PREV ed effettuate da medici convenzionati, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 2.000,00, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
Il rimborso avverrà nel limite di un sotto massimale di € 8.000,00 per ciascun intervento effettuato, nel massimale complessivo dell'area Ricovero.
Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.
Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 5.1.5).

Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo rimborsa le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico" e 5.1.2 "Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.
Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

Neonati

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, com-prese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, spesi nel limite annuo di € 10.000,00 per neonato.

Indennità sostitutiva per intervento chirurgico

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per i primi 30 giorni di ricovero.

Dal 31° giorno di ricovero, l'indennità viene elevata a € 100,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per ricovero.
Come già detto, per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri chirurgici come da elenco
Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero", il Fondo, per i ricoveri chirurgici (come da elenco allegato) e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate MEDI-PREV, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto.
Il Fondo concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.
Per gestire il processo il Fondo si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne
In caso di ricovero per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco interventi chirurgici allegato), e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero" per i casi d'intervento previsti dal Piano Sanitario), mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate da MEDI-PREV, prestazioni di:

- ospedalizzazione domiciliare;
- assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica;

tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto. Il Fondo concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate da MEDI-PREV. Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono rimborsate da MEDI-PREV.

Il limite di spesa annuo dell'area Ricovero
Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a € 90.000,00 per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.
La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio - ricoveri medici elencati in garanzia

In caso di ricovero senza intervento chirurgico per una delle patologie sotto elencate, avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni, mette a disposizione tramite la rete di strutture sanitarie convenzionate da MEDI-PREV, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

Sono compresi in copertura:
- Fibrosi cistica;
- Ictus;
- Ischemia arterie vertebrali;
- Morbo di Parkinson;
- Paralisi;
- Sclerosi Multipla;
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono rimborsate da MEDI-PREV, alle strutture convenzionate nel limite della somma annua a disposizione.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 5.000,00 per Iscritto.

Accertamenti Diagnostici Odontoiatrici

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, MEDI-PREV provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Ortopantomografia;
- Radiografie endorali;
- Dentalscan.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del dentista contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da MEDI-PREV il Fondo rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto con l'applicazione di una franchigia di 5,00 € per ciascun ticket del quale viene chiesto il rimborso.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 400,00 per Iscritto.

Prestazioni di Ortodonzia
In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, MEDI-PREV provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e il personale convenzionato MEDI-PREV.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono rimborsate da MEDI-PREV, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde
a € 700,00 per Iscritto.

Prestazioni di implantologia
In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, MEDI-PREV provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse, quando necessari all'interno di un piano di cura redatto a seguito di malattia e/o infortunio.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.
Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, al Fondo MEDI-PREV:
- le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.
- Certificato del medico specialistico che attesti che la malattia è emersa dopo l'inizio della copertura del piano sanitario (almeno 6 mesi di versamento continuativo da parte del datore di lavoro);
- Autocertificazione da parte dell'iscritto che tali prestazioni non sono state oggetto di risarcimento danni da parte di compagnie assicurative o da parte di Inail;

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionate da MEDI-PREV.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono rimborsate da MEDI-PREV.
Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.
La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 5.100,00 per Iscritto. Viene previsto un sotto massimale annuo di € 4.300,00 nel caso di applicazione di cinque impianti, un sotto massimale pari a € 3.800,00 nel caso di applicazione di quattro impianti, un sotto massimale pari a € 3.300,00 nel caso di applicazione di tre impianti, un sotto massimale pari a € 1.800,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sotto massimale pari a € 900,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo la prima applicazione di uno o più impianti, dovesse subentrare l'esigenza di effettuare ulteriori impianti, questi ultimi verranno liquidati nell'ambito del sotto massimale relativo al numero complessivo di impianti effettuati, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Ad esempio, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo l'applicazione di due impianti si rendesse necessario l'innesto di un terzo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sotto massimale di € 3.300,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Avulsione (Estrazione denti)

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, MEDI-PREV provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l'anno. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da MEDI-PREV. Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono rimborsate.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato, l'importo non potrà essere rimborsato.

Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)
In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, MEDI-PREV provvede al pagamento, nella misura del 75%, di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate da MEDI-PREV. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.
- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.
Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con il Fondo, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo, il Fondo provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)
MEDI-PREV provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate da MEDI-PREV. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta l'anno (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Esame delle urine
- Ecografia prostatica

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta l'anno (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)
- Esame delle urine
- Visita ginecologica e PAP-Test

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

Sindrome Metabolica

MEDI-PREV provvede al pagamento delle spese per prestazioni mirate ad evidenziare il rischio di Sindrome Metabolica.
Le prestazioni di seguito elencate devono essere effettuate in strutture sanitarie convenzionate da MEDI-PREV.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione:
- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- glicemia;
- trigliceridi.

CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario.

Il piano sanitario non è operante per:
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto salvo quanto previsto al punto 5.1.4;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti 5.2 "Accertamenti diagnostici odontoiatrici", 5.3 "Prestazioni di ortodonzia", 5.4 "Prestazioni di implantologia",
5.5 "Avulsioni" e 5.6 "Prestazioni Odontoiatriche particolari";
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demo- litivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effet- tuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fi- siche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carat- tere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono sogget- ti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non diregolarità pura, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

* Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

** Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

# PRECISAZIONI

## Copertura del piano

La copertura decorre dal sesto mese successivo all'inizio del versamento a MEDI-PREV da parte del datore di lavoro. In caso di interruzione del versamento anche la copertura del piano sarà sospesa.
Le prestazioni relative a infortunio e malattia sono rimborsabili solo nel caso di insorgenza dell'evento o della malattia successivamente all'inizio della decorrenza del piano.

## Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da MEDI-PREV per il la documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Nel caso di sinistri non indennizzabili, la documentazione di spesa nel caso in cui sia stata inviata in originale viene restituita all'Iscritto dalla Società contestualmente alla relativa comunicazione.
Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.) deve essere inviata in copia. Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.
Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

## Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 6 mesi dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre 1 anno non saranno rimborsati.

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

# ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

## NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi per ernia del disco e/o per mieolopatie di altra natura a livello cervicaleper via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

## CHIRURGIA GENERALE

- Ernia femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulectomia mammaria (sono comprese anche le nodulectomie per patologie benigne)

## OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

## OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e dellecorde vocali (intervento di cordectomia)
- Intervento demolitivo della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare

## CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

## CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale

## CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena

## CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne nonper via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne nonper via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- esezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica

MEDI-PREV
Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenctomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Intervento chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasiemaligne
- nterventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impiantiesterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero micro- vascolare

CHIRURGIA MAXILLO–FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche

**PIANO SANITARIO PLUS = 11,50 EURO MENSILI**

Medi-prev - Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa

Via Castro Pretorio 30, Roma (RM) 00185 Italy

Per maggiori informazioni contattaci alla mail: info@medi-prev.it

MEDI-PREV

Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa