

LA SCINTILLA ISKRA UNITI PER DIFENDERE I DIRITTI

PERIODICO D'INFORMAZIONE DELLA FISAC CGIL DELLA B.P.A.

POLIZZA SANITARIA 2011 PER I DIPENDENTI DELLA B.P.A.

Le condizioni generali

Art. 1 – DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende:

- per "Impresa" UBI ASSICURAZIONI S.P.A.
- per "Contraente" CASDIC cassa assistenza sanitaria per il personale del settore credito
- per "Associato" BANCA POPOLARE DI ANCONA S.P.A.
- per "Assicurato" il soggetto a favore del quale è prestata l'Assicurazione
- per "Assicurazione" l'insieme delle garanzie prestate all'assicurato nella polizza
- per "Network" la rete sanitaria convenzionata che eroga le prestazioni previste in polizza, costituita da ospedali ed istituti di cura a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori e studi odontoiatrici.

L'accesso al Network consente all'Assicurato di beneficiare di condizioni di favore anche per prestazioni eventualmente non comprese nella copertura assicurativa.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sui siti www.newmed.net e www.previmedical.it, oppure al numero di telefono 02.75.26.181 dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18 e il sabato dalle 8 alle 12

E' considerato "ricovero" la degenza comportante il pernottamento in istituto di cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

E' considerato "infortunio" ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

E' considerata "malattia" ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Art. 2 – ASSICURATI

L'assicurazione è prestata a favore di tutti i dipendenti in servizio dell'Associato e dei relativi coniugi e figli anche non fiscalmente a carico purché conviventi con il dipendente o con il coniuge separato o divorziato, e si intende valida:

- durante il permanere del rapporto di lavoro con l'Associato e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione dopo la cessazione del rapporto stesso (salvo quanto disposto al successivo articolo 6);
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assicurati.

E' consentito al personale che andrà in quiescenza successivamente alla data di effetto del contratto, di chiedere l'inserimento in garanzia per sé e per i propri familiari fiscalmente a carico conviventi o non fiscalmente a carico purché conviventi con il dipendente o con il coniuge separato o divorziato a partire dalla scadenza annua successiva al pensionamento; la richiesta non è subordinata alla compilazione del questionario anamnestico da parte dell'assicurato sul proprio stato di salute e su quello dei familiari.

La medesima dovrà pervenire all'impresa che emetterà idonea appendice per l'inserimento in garanzia dei pensionati e dei loro familiari. Il relativo premio dovrà essere versato entro trenta giorni dall'emissione di suddetta appendice.

Art. 3 – PRESTAZIONI ASSICURATIVE

a) Ospedaliera

L'impresa nei casi di ricovero in istituto di cura pubblico o privato anche in regime di degenza diurna (day hospital) con o senza intervento chirurgico, nonché di intervento chirurgico, effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, che si siano resi necessari per infortunio, malattia, parto cesareo rimborsa le spese sotto specificate fino alla concorrenza di € 100.000,00 e € 150.000,00 in caso di grandi interventi chirurgici quali risultano dall'allegato elenco, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato:

nei 90 giorni prima del ricovero in istituto di cura, anche in regime di degenza diurna (day hospital) o dell'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio per:

- accertamenti diagnostici,
- prestazioni di laboratorio,
- onorari medici;

durante il ricovero in istituto di cura, per:

- onorari dei medici,
- rette di degenza,
- accertamenti diagnostici, prestazioni di laboratorio, medicinali, nonché in caso di intervento chirurgico anche in ambulatorio, pronto soccorso in regime di degenza diurna (day hospital) per:

1. onorari dei chirurghi, dei medici e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento,
 2. diritti di sala operatoria,
 3. materiale di intervento,
 4. assistenza medica ed infermieristica,
 5. cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- nei 90 giorni dopo la cessazione del ricovero** in istituto di cura anche in regime di degenza diurna (day hospital) che abbia comportato, o meno, intervento chirurgico o intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o pronto soccorso (limitatamente alle spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio, della malattia o del parto cesareo che hanno dato luogo al ricovero e/o intervento chirurgico), per:

1. onorari dei medici,
2. accertamenti diagnostici,
3. prestazioni di laboratorio (analisi ed esami),
4. trattamenti medico-chirurgici, infermieristici, fisioterapici, rieducativi,
5. medicinali, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera).

La garanzia comprende altresì il rimborso delle spese sostenute per ospedalizzazione domiciliare post ricovero, con aumento a 12° giorni del periodo successivo al ricovero.

La garanzia di cui alla presente lettera **a)** è prestata con l'applicazione di una franchigia assoluta di € 1.000,00 per ciascun sinistro.

b) Specialistiche extraospedaliere

L'impresa rimborsa anche le spese extraospedaliere per prestazioni sanitarie e specialistiche per:

Diagnostica radiologica

ANGIOGRAFIA-ARTOGRAFIA-BRONCOGRAFIA-CISTERNOGRAFIA-CISTOGRAFIA-CISTOURETROGRAFIA-CLISMAOPACO-COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA-COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (ptc)-COLANGIOGRAFIA TRANS KEHR-COLECISTOGRAFIA-DACRIOCISTOGRAFIA-DEFECOGRAFIA-FISTOLOGRAFIA-FLEBOGRAFIA-FLUORANGIOGRAFIA-GALATTOGRAFIA-ISTEROSALPINGOGRAFIA-LINFOGRAFIA-MIELOGRAFIA-RETINOGRAFIA-RX ESOFAGO (con mezzo di contrasto)-RX STOMACO E DUODENO (con mezzo di contrasto)-RX TENUE E COLON (con mezzo di contrasto)-SCIALOGRAFIA-SPLENOPORTOGRAFIA-TELECUORE-UROGRAFIA-VESCICULODEFERENTOGRAFIA-VIDEOANGIOGRAFIA-WIRUNGGRAFIA

Accertamenti

AMNIOCENTESI-ACCERTAMENTI ENDOSCOPICI-DIAGNOSTICA RADIOLOGICA-DOPPLER-ECOCARDIOGRAFIA

ECOGRAFIA- ELETTRCARDIOGRAFIA-ELETTROENCEFALOGRAFIA-ELETTROENCEFALOGRAFIA-ELETTROMIOGRAFIA-MAMMOGRAFIA O MAMMOGRAFIA DIGITALE-PET- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN) (inclusa angio RMN)-SCINTIGRAFIA-TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) (anche virtuale)-VILLOCENTESI

Terapie

CHEMIOTERAPIA-COBALTOTERAPIA-DIALISI-LASERTERAPIA-LASERTERAPIA A SCOPO FISIOTERAPICO-RADIOTERAPIA

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino alla concorrenza di € 6.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato, senza applicazione di scoperto o franchigia in caso di prestazioni effettuate in Network e con applicazione di uno scoperto del 10%, minimo di € 60,00 per evento per prestazioni effettuate fuori Network. Lo scoperto, nel caso di più prestazioni riferite ad un'unica patologia, verrà applicato solo per la prima prestazione.

c) Prestazioni specialistiche, ambulatoriali e domiciliari, pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati

L'impresa rimborsa, fino alla concorrenza di € 2.600,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare:

1. Le spese per onorari dei medici per visite e/o prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche ed ortodontiche);
 2. Le spese per analisi ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici);
 3. Le spese per cure dentarie e parodontopatie, rese necessarie da infortunio, effettuate ambulatorialmente
- La garanzia viene prestata con applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 60,00 per evento. Nel caso di più prestazioni riferite ad un'unica patologia lo scoperto verrà applicato solo per la prima prestazione.

d) Rimborso spese complementari

L'impresa rimborsa inoltre le spese per il vitto e pernottamento per un accompagnatore dell'assicurato in istituto di cure, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, nonché le spese di trasporto dell'assicurato in ambulanza nell'istituto di cura. Tali rimborsi sono prestati fino alla concorrenza di € 1.500,00 per anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, per un numero di giorni pari a quelli di ricovero dell'Assicurato con il massimo di 30, e con il limite di spesa di € 100,00 giornaliere.

e) Diaria sostitutiva

Ove gli assicurati non sostengano alcuna spesa per le prestazioni coperte dalla polizza, per effetto di rimborso o di accollo da parte delle strutture del SSN o di altro ente, l'impresa corrisponderà un'indennità pari a € 80,00 per ogni giorno di ricovero in istituto di cura a partire dal quarto giorno successivo al ricovero, con il limite per ciascuna persona e per evento assicurativo di 300 giorni l'anno.

Comunque si procederà alla liquidazione della diaria sostitutiva qualora questa risulti più vantaggiosa per l'assicurato rispetto al rimborso.

f) Rimborso spese da infortunio

L'impresa rimborsa inoltre la spesa sostenuta in caso di infortunio, limitatamente ai soli trattamenti terapeutici e rieducativi. La garanzia viene prestata fino alla concorrenza di € 1.100,00, senza applicazione di scoperto o franchigia in caso di prestazioni effettuate in Network e con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 75,00 per evento per prestazioni effettuate fuori Network.

g) Parto fisiologico

L'impresa, in caso di parto fisiologico (parto senza taglio cesareo) rimborsa le spese sostenute, come previsto al punto a., fino ad un massimo di € 2.000,00 per anno assicurativo e nucleo familiare.

h) Acquisto lenti correttive della vista

L'impresa rimborsa le spese per l'acquisto di lenti correttive della vista (escluse le montature) fino ad un massimo di € 180,00 per anno assicurativo e nucleo familiare, con una franchigia di € 50,00.

Per beneficiare del rimborso, l'Assicurato deve produrre la prescrizione del medico oculista (e non dell'optometrista) che accerta il vizio visivo o la modificazione del visus con evidenza della diversità di diottrie richieste per le nuove lenti rispetto a quelle verificatesi insufficienti.

L'impresa si riserva di richiedere all'Assicurato la consegna delle lenti rese insufficienti.

i) Paradontopatie

L'impresa rimborsa, fino alla concorrenza di € 1.500,00 per anno assicurativo e nucleo familiare e con uno scoperto del 25% col minimo di € 150,00 per evento, le spese sostenute per la cura delle paradontopatie (con esclusione dell'ablazione del tartaro) effettuate in istituto di cura od in ambulatorio e le spese sostenute per l'applicazione di protesi dentarie direttamente conseguenti a tali affezioni, con esclusione delle spese di riabilitazione protesica.

Gli Assicurati, prima di iniziare le cure attinenti alla paradontopatia, devono presentare, con la denuncia, certificazione medica contenente la natura della paradontopatia, dettagliata descrizione delle cure da effettuarsi (comprese quelle protesiche) in dipendenza della patologia certificata nonché radiografia panoramica dell'arcata dentaria interessata alla cura.

Ribadito che l'impresa non prenderà in carico le richieste di rimborso delle spese a cura già iniziata e che la mancata presentazione della documentazione prescritta comporta la decadenza dal beneficio dell'assicurazione, si conviene che:

a. L'impresa entro venti giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione di cui sopra, potrà sollevare eventuali eccezioni comunicandole all'Assicurato. In mancanza di tali comunicazioni e trascorso il predetto termine di venti giorni lavorativi, l'Assicurato può iniziare le cure e l'impresa si impegna a riconoscere il sinistro nei limiti presentati in denuncia per quanto oggetto della garanzia prestata;

b. Il costo della radiografia all'arcata dentaria sarà rimborsato nella misura dell'80% anche se dovesse risultare che le cure proposte non sono ascrivibili a paradontopatia e, pertanto, non indennizzabili.

l) Diaria sostitutiva day hospital

In caso di degenza diurna (day hospital) in istituto di cura per un periodo non inferiore a 3 giorni, l'impresa corrisponderà un'indennità di € 38,00 per ciascun giorno di degenza, purché dalla documentazione dell'istituto di cura risulti che il day hospital è avvenuto, ad eccezione delle festività, senza soluzione di continuità.

Qualora l'Assicurato, nell'arco temporale di 6 mesi, effettui almeno cinque giorni di day hospital (anche non consecutivi) relativi alla medesima patologia, l'Impresa corrisponderà l'indennità di € 38,00 per ciascun giorno di degenza diurna.

m) Legge 104/92

Limitatamente agli Assicurati con figli disabili, in situazioni di gravità così come riconosciuti dalla legge n. 104 del 5 febbraio 1992, l'Impresa, fino alla concorrenza di € 1.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche e/o sedute presso psicologi, psicoterapeuti, psichiatri.

Resta a carico dell'Assicurato un importo pari al 50% delle spese sostenute.

n) Ticket

Qualora le prestazioni previste dalla presente polizza vengano effettuate presso il Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato avrà diritto al rimborso del 100% dell'importo pagato per eventuali ticket.

Art. 4 – ANTICIPO

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, l'impresa corrisponde – su richiesta dell'assicurato e previa presentazione della richiesta scritta dell'istituto di cura – l'importo concordato a tale titolo entro il 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

Art. 5 – LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico (salvo per i neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età) mentre è ammessa a risarcimento quella a scopo ricostruttivo da infortunio;
- agopuntura non effettuata da medico;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sport aerei e motoristici in genere;
- le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili a "esaurimento nervoso";
- la psicoterapia e la psicoanalisi;

- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- la riparazione e la manutenzione di apparecchi protesici o sanitari ausiliari;
- le cure e le protesi dentarie non rese necessarie da infortunio.

Art. 6 – TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE GARANZIE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del 31/12/2010. Gli Assicurati ricoverati presso istituti di cura alla predetta data di decorrenza, sono assicurati per tutte le spese riferite a prestazioni successive alla medesima data

Art. 7 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 8 – DENUNCIA DI INFORTUNIO O MALATTIA – OBBLIGHI ASSICURATO

L'assicurato deve presentare denuncia all'impresa al momento che ne abbia avuto la possibilità. La denuncia deve essere corredata dalla necessaria documentazione medica.

L'assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici dell'impresa ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assicurato stesso.

Art. 9 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE

L'impresa effettua il rimborso direttamente all'assicurato su presentazione, in originale, delle relative notule e fatture debitamente quietanzate.

Qualora l'assicurato debba presentare l'originale delle notule e delle parcella ad un ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, l'impresa effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcella delle spese sostenute dall'assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'ente assistenziale.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'ufficio italiano cambi.

Art. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO, DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza; se la prima rata del premio è pagata successivamente alla sua decorrenza ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

Se non vengono pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30esimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c. .

I premi devono essere pagati all'agenzia o al broker alla quale è assegnata la polizza o al broker oppure all'impresa.

Art. 11 – CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti di condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune sede di istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 12 – COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente art. 11 è competente a scelta della parte attrice, l'autorità giudiziaria di Milano ovvero quella del luogo ove si trova la residenza od il domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 13 – PROROGA TACITA

Il presente contratto si intende prorogato per una durata uguale a quella originaria, esclusa la frazione di un anno, con un massimo di un anno, se non viene disdetto per iscritto da una delle Parti almeno un mese prima della scadenza.

Art. 14 – FORMA COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSOCIATO

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'associato sono tenuti devono essere fatte per lettera raccomandata

Art. 15 – IMPOSTE

Le imposte e gli oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi ai premi, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente e dell'associato per le parti di relativa competenza.

IL CONTRAENTE CASDIC
UBI ASSICURAZIONI S.p.A.

Agli effetti dell'art. 1341, Il comma, C.C. la Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione.

- Art. 11 (Deferimento di controversie ad un collegio medico)
- Art. 12 (Deroga alla competenza per territorio dell'autorità giudiziaria) –

- Art. 13 (Proroga tacita del contratto in mancanza di disdetta almeno un mese avanti la scadenza).

IL CONTRAENTE CASDIC

L'Associato dichiara di aver ricevuto e di aver preso visione delle presenti condizioni di assicurazione.

L'ASSOCIATO BPA SPA

Le condizioni particolari

1) DECORRENZA DELLA GARANZIA DEL PREMIO

...omissis....

2) FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO PURCHE' CONVIVENTI

E' data facoltà ai dipendenti assicurati di includere in garanzia anche i familiari non fiscalmente a carico (coniuge e figli nonché convivente more-uxorio), purché conviventi.

Il premio annuo, comprensivo di imposta, è fissato in € 600,00 per ogni familiare di cui sopra, si intende stabilito in € 103,29.

L'elenco di tutti i familiari fiscalmente non a carico dovrà pervenire all'impresa entro 1 mese dalla data di perfezionamento del presente contratto.

L'impresa provvederà poi all'emissione di idonea appendice al presente contratto per l'inserimento in garanzia dei familiari che abbiano sottoscritto regolarmente la richiesta di adesione, fermo restando che, per gli stessi, vengono esclusi dalle garanzie di polizza gli stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamento o curati anteriormente alla data di decorrenza.

La richiesta di inclusione in polizza dei propri familiari, da parte dei dipendenti, può essere fatta in corso d'anno solo:

- dai neoassunti
- dai dipendenti che contraggono matrimonio
- dai dipendenti a cui nascono figli.

L'inserimento sarà richiesto facendo pervenire la scheda di adesione o dandone comunicazione scritta all'impresa, entro un mese dalla data dell'evento sopra considerato.

In conseguenza di ciò l'impresa emetterà appendice e la Contraente si impegna a pagare il premio pro-rata, con calcolo in dodicesimi.

3) NEOASSUNTI

Per i neoassunti si conviene tra le parti che la garanzia base avrà effetto dal momento dell'assunzione.

La BPA si impegna a comunicare all'impresa, entro trenta giorni dalla fine di ogni mese, l'elenco dei nuovi assunti. In conseguenza di ciò l'impresa emetterà idonea appendice per l'inserimento in garanzia dei suddetti dipendenti e la BPA si impegna a pagare il premio pro-rata, con calcolo in dodicesimi, dalla data di assunzione.

4) PERDITA REQUISITI DI FAMILIARE A CARICO

Ad integrazione dell'Art. 2 – Assicurati, limitatamente ai familiari che risultino nell'elenco degli Assicurati come "familiari fiscalmente a carico (coniuge e figli) purché conviventi", che perdano tale requisito e diventino "non fiscalmente a carico purché conviventi", viene consentito al personale dipendente di richiedere per le suddette persone l'inserimento in garanzia.

Nella fattispecie, resta convenuto tra le Parti che per ogni familiare il premio annuo si intende stabilito in € 103,29.

A seguito richiesta del Contraente, l'Impresa emetterà appendice d'incasso premio pro-rata, con calcolo in dodicesimi dalla data di segnalazione.

IL CONTRAENTE CASDIC - UBI ASSICURAZIONI S.p.A.

Grandi interventi chirurgici

Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli di seguito elencati:

Cranio

Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

Faccia e Bocca

Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario; Interventi demolitori per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare; Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne; Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale; Parotidectomia del nervo facciale.

Collo

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne; Timectomia per via cervicale; Resezione dell'esofago cervicale.

Torace

Resezioni segmentarie e lobotomia; Pneumectomia; Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi del polmone; Interventi per fistole bronchiali-cutanee; Pleuropneumectomia; Timectomia per via toracica; Toracoplastica totale.

Chirurgia Toracica

Pericardiectomia parziale o totale; Sutura del cuore per ferite; Interventi per corpi estranei al cuore; Artriosettostomia per asportazione dei grossi vasi; Derivazioni aorto-polmonari; Correzione di coartazione aortica; Interventi per fistole artero-venose del polmone; Legatura e resezione del dotto di Botallo; Operazione per embolia dell'arteria polmonare; Interventi a cuore aperto; Bypass aorto-coronarico; Commissuratomia (per stenosi mitralica).

Esofago (vedere anche otorinolaringoiatra)

Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria; Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago; Idem per tumori, resezioni parziali basse-alte-totali; Esofagoplastica; Reintervento per megaesofago

Stomaco-Duodeno

Resezione gastrica da neoplasie maligne; Gastrectomia totale da neoplasie maligne; Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica; Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

Intestino

Colectomia totale; Resezione ileo-cecale con linfoadenectomia.

Retto Ano

Amputazione del retto per via addomino-perineale in un tempo o in più tempi; Resezione anteriore retto-colica.

Fegato

Resezione epatica; Epatico-coledotomia; Papillotomia per via trans-duodenale; Intervento per la ricostruzione delle vie biliari; Deconnessione azygos-portale per via addominale.

Pancreas-Milza

Intervento di necrosi acuta del pancreas; Intervento per cisti e pseudo-cisti; Enucleazione delle cisti; Marsupializzazione; Interventi per fistole pancreatiche; Interventi demolitivi sul pancreas a) totale o della testa, b) della coda; Anastomosi porta-cava splenorenale, mesenterico-cava.

Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico

Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi; Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico; Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta; Operazioni per encefalo-meningocele; Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari; Interventi per epilessia focale; Interventi endorachidei per asportazioni di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomollari; Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica ed altri nervi; Emisferectomia.

Simpatico e Vago

Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici; Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

Chirurgia vasale

Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronchiobrachiocefalico, aorta e iliache.

Chirurgia pediatrica

Cranio bifido con meningocele; Idrocefalo ipersecretivo; Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia); Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblasma); Atresia congenita dell'esofago; Fistola congenita dell'esofago; Torace a imbuto e torace carenato; Ernia diaframmatica; Stenosi congenita del piloro; Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva; Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale; Mega uretere: a) resezione con reimpianto, b) resezione con sostituzione di ansa intestinale; Mega colon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson; Nefrectomia per tumore di Wilms; Spina bifida meningocele o mielomeningocele, mielocistocele.

Articolazioni

Disarticolazione interscapolo toracica; Emipelvectomy.

Urologia

Interventi per fistola vescico-rettale; Estrofia della vescica e derivazione; Cistectomia totale ureterosigmoidostomia; Uretero-ileonastomosi (colon); Nefrectomia allargata per tumori; Nefro-ureterotomia totale; Surrenelectomia.

Apparato genitale maschile

orchietomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

Ginecologia

pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

Otorinolaringoiatria

Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale; Laringe laringectomia totale faringolaringectomia; Orecchio Antro-attipotomia.

Trapianti d'organo

Tutti.

La gestione delle denunce

Le denunce di sinistro vanno inviate alla Newmed spa c/o UBI assicurazioni spa - piazzale fratelli Zavattari,12-20149 Milano utilizzando la modulistica allegata alla presente (modulo richiesta rimborso-modulo privacy); è anche possibile utilizzare servizi *on line* per una consultazione dello stato delle pratiche.

Le fatture: presentazione

A seguito dell'entrata in vigore del D.M. 27/10/2009 con decorrenza **01.01.2011**, vengono introdotte le seguenti regole procedurali:

- le fatture relative ad una prestazione sanitaria assicurata, possono essere liquidate solamente se presentate entro **120 giorni dalla loro emissione**. Per quanto riguarda le fatture emesse fino al **31.12.2010**, resta inteso che il termine di presentazione, per la loro liquidazione, è il **30.04.2011**;
- le fatture presentate dopo il **15 gennaio** di ogni anno, aventi i requisiti di cui sopra (data emissione nell'anno precedente), sono imputate all'esercizio di presentazione delle fatture medesime;
- i preventivi di spesa correlati alle paradontopatie possono valere solo per l'anno solare di emissione.

Le tessere UBI CARD

Servono per ottenere prestazioni sanitarie a condizioni di miglior favore tramite un network di strutture convenzionate, la procedura di rilascio è attiva e per le modalità rimandiamo a quanto contenuto nella circolare aziendale n. 174/2010.



20 febbraio 2011

n.b.: questa versione sostituisce la precedente, per favorirvi alleghiamo pure:

- ➔ il modulo privacy UBIASS 463
- ➔ il modulo per i rimborsi UBIASS 000029

e ricordiamo di consultare per le altre necessità la circolare BPA n.174del 28.12.2010



fisac cgil bpa

LINKERIA AMICA:

WWW.FISAC.IT
WWW.FISACGRUPPOUBI.IT