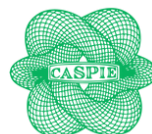




**TOR VERGATA**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

**POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE  
A FAVORE DEI E DELLE DIPENDENTI  
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"**

**Allianz** 



**DE BESI  
DI GIACOMO**

BROKER DI ASSICURAZIONI. DAL 1959.

**Sede Legale:** Lungotevere Flaminio 14, 00196 Roma- [dbg@pec.debesidigiacomoi.it](mailto:dbg@pec.debesidigiacomoi.it) - tel. +39.06.3608391 - Fax + 39.06.3612787



L'assicurazione è stipulata dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" a favore della totalità del personale contrattualizzato dell'Università stessa, vale a dire personale dirigente, personale tecnico, amministrativo e bibliotecario (di seguito per brevità anche "TAB"), collaboratori e collaboratrici esperti linguistici (di seguito per brevità anche "CEL"), a tempo indeterminato o determinato, altresì se comandato temporaneamente presso l'Ateneo da altre amministrazioni pubbliche, in servizio alla data della stipula del contratto di assicurazione.

Il relativo onere economico è assunto dall'Università.

La garanzia è operante per tutti gli assicurati e le assicurate indipendentemente dalle loro condizioni di salute, pertanto sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti.

Il contratto prevede due opzioni:

- **POLIZZA BASE**, stipulata in forma obbligatoria a favore del personale TAB, il cui costo - come risultante dalla procedura di gara esperita - è pari a 355,60 euro pro-capite a carico dell'Università;
- **POLIZZA PREMIUM**, facoltativa a favore di tutti i soggetti di seguito riportati, a carico del personale dipendente e del personale docente, ricercatore, assegnista o borsista che decida di aderire in via volontaria.

La copertura scelta può essere estesa, con premio a carico dell'interessato/a, previa compilazione dell'apposito modulo di adesione (Allegati 3 e 4), ai seguenti soggetti:

A) coniuge o convivente more uxorio e figli, tutti risultanti dallo stato di famiglia, del personale contrattualizzato (dove si legge "more uxorio" si devono considerare sempre incluse le persone parte di unione civile ai sensi della L. 20 maggio 2016, n. 76, cd "Legge Cirinnà");

B) coniuge o convivente more uxorio del personale contrattualizzato che, per motivi di lavoro, non sia convivente;

C) figli del personale contrattualizzato non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a separazione o divorzio dei genitori;

D) figli fiscalmente a carico del personale contrattualizzato (in misura totale o parziale), non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a motivi di studio/stage/lavoro;

E) figli anche non fiscalmente a carico del personale contrattualizzato, fino ai 24 anni di età ex art. 12 comma 2 del TUIR, non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a motivi di studio/stage/lavoro;

F) personale docente, ricercatore, assegnista e borsista in servizio e relativi familiari, alle condizioni descritte ai punti sopra citati A), B), C), D) ed E).

La tabella che segue dettaglia l'ammontare del premio relativo alle adesioni alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM.

Assicurato	Tipo di polizza	Premio (Euro)	Costo sostenuto da
Personale TAB	BASE	355,60	Università
Coniuge o convivente more uxorio del personale TAB	BASE	+ 266,70	dipendente
Unico figlio (in famiglia monogenitoriale) del personale TAB	BASE	+ 266,70	dipendente
Nucleo familiare del personale TAB (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico)	BASE	+ 533,40	dipendente
Ogni figlio non fiscalmente a carico del personale TAB	BASE	+ 266,70	dipendente
Personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	BASE	355,60	personale
Coniuge o convivente more uxorio del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	BASE	+ 266,70	personale
Unico figlio (in famiglia monogenitoriale) del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	BASE	+ 266,70	personale



Assicurato	Tipo di polizza	Premi o (Euro)	Costo sostenuto da
Nucleo familiare del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico)	BASE	+ 533,40	personale
Ogni figlio non fiscalmente a carico del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	BASE	+ 266,70	personale
Personale TAB	PREMIUM	622,30	355,60 Università 266,70 dipendente
Coniuge o convivente more uxorio del personale TAB	PREMIUM	+ 466,73	dipendente
Unico figlio (in famiglia monogenitoriale) del personale TAB	PREMIUM	+ 466,73	dipendente
Nucleo familiare del personale TAB (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico)	PREMIUM	+ 933,45	dipendente
Ogni figlio non fiscalmente a carico del personale TAB	PREMIUM	+ 466,73	dipendente
Personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	PREMIUM	622,30	personale
Coniuge o convivente more uxorio del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	PREMIUM	+ 466,73	personale
Unico figlio (in famiglia monogenitoriale) del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	PREMIUM	+ 466,73	personale
Nucleo familiare del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico)	PREMIUM	+ 933,45	personale
Ogni figlio non fiscalmente a carico del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	PREMIUM	+ 466,73	personale

Il personale contrattualizzato o il personale docente /ricercatore/assegnista/borsista che intenda estendere ai familiari fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico la copertura assicurativa BASE per l'anno 2024 potrà esercitare tale facoltà (con onere a proprio carico) entro il 25 gennaio 2024, ferma l'efficacia della copertura assicurativa dalla data di effetto. Inoltre è facoltà del personale contrattualizzato o del personale docente/ricercatore /assegnista/borsista aderire all'opzione PREMIUM ed estenderla ai familiari fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico entro il 25 gennaio 2024, ferma l'efficacia della copertura assicurativa dalla data di effetto. L'importo del premio per l'upgrade del personale contrattualizzato all'opzione PREMIUM e l'eventuale estensione ai familiari (con onere a proprio carico) sarà trattenuto mensilmente in busta paga dagli Uffici competenti, così come le adesioni del personale docente/ricercatore/ assegnista/borsista a entrambe le opzioni, con o senza familiari (con onere a proprio carico). Il personale contrattualizzato e il personale docente/ricercatore /assegnista/borsista hanno la facoltà di inserire i familiari fiscalmente a carico e i familiari non fiscalmente a carico solo nella polizza prescelta in qualità di titolare. Chi ha aderito inizialmente alla polizza PREMIUM ha la facoltà, a ogni scadenza annuale, di passare alla polizza BASE; tale passaggio precluderà la possibilità di rientrare nella copertura PREMIUM fino alla scadenza naturale del contratto. Si precisa che il passaggio del dipendente titolare implica anche il passaggio degli eventuali familiari inseriti. A titolo di esempio, se durante la prima annualità il personale contrattualizzato o il personale docente/ricercatore/assegnista/borsista ha aderito al piano sanitario PREMIUM, estendendo la copertura ai familiari, e l'anno successivo sceglie di aderire al piano BASE, automaticamente anche l'estensione ai familiari sarà adeguata al piano BASE. Il personale contrattualizzato e il personale docente/ricercatore/assegnista/borsista assicurato hanno facoltà di disdetta della copertura assicurativa attivata per i propri familiari o della propria estensione PREMIUM alla fine di ogni anno assicurativo, con preavviso di 15 giorni; tale disdetta precluderà la possibilità di rientrare nella copertura fino alla scadenza naturale del contratto. Nel caso di cessazione del rapporto, gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.



Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia BASE decorre dal giorno dell'assunzione, sempre che questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Entro i successivi 30 giorni si possono inserire i familiari. In caso di esclusione di nuclei e/o persone in corso d'anno, non sarà effettuato alcun rimborso di premio che, pertanto, si considera acquisito dalla Società.

Per le inclusioni relative ad assunzioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni relative ad assunzioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite e adozioni.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia, sempre a condizione che questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

Entro 60 giorni dalla scadenza dell'annualità, in base alle variazioni intercorse, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva alla Società.

## MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

L'assistenza sanitaria prevista dalle polizze rimborso spese mediche affidate dall'Università alla Allianz S.p.A. è fornita dalla Cassa Assistenza Sanitaria CASPIE.

CASPIE mette a disposizione del personale degli enti assistiti un Manuale che fornisce le informazioni relative alle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie, nella duplice forma di assistenza diretta e assistenza rimborsuale. Il Manuale, allegato al presente fascicolo, è disponibile anche sul sito [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu).

Che cosa si intende per accesso alle prestazioni sanitarie in forma diretta e in forma rimborsuale:

- Forma diretta: è riconosciuta agli assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture appartenenti al network sanitario convenzionato, senza necessità di anticipare alcun importo se non quanto eventualmente previsto dal Disciplinare di riferimento fornito ad ogni assistito/a dalla Cassa stessa;
- Forma rimborsuale: è riconosciuto agli assistiti il rimborso delle spese sostenute a fronte di prestazioni sanitarie erogate da Strutture Sanitarie non appartenenti al Network Sanitario convenzionato (comprese le prestazioni erogate a carico del SSN). L'assistito/a pertanto anticiperà la spesa e ne richiederà il rimborso.

Tutte le informazioni potranno essere reperite dagli assistiti mediante:

- Contatto telefonico con la centrale operativa, tutti i giorni dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00 tramite numero verde dedicato alla gestione **800 124 306**, valido per le chiamate da telefono fisso oppure **+39 0667549306** valido per le chiamate da cellulare e dall'estero;
- email dedicata [assistenza.torvergata@caspieonline.eu](mailto:assistenza.torvergata@caspieonline.eu)
- accesso all'area riservata del portale [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu), previa registrazione.

Il Broker d'Ateneo, De Besi Di Giacomo S.p.A., offre un servizio di risposta alle richieste di informazioni sulla polizza sanitaria all'indirizzo email [polizzasanitaria@dbdg.it](mailto:polizzasanitaria@dbdg.it), una piattaforma per la gestione della propria polizza e un numero dedicato: **06.36083911** (attivo dal lunedì al venerdì in orario 9:00-12:00 e 15:00-17:00) oltre a garantire il consueto servizio di sportello assicurativo ogni mercoledì dalle 9:00 alle 12:30 presso l'edificio C, piano zero del Rettorato d'Ateneo.

La titolare dell'Ufficio Affari Assicurativi dell'Ateneo, nonché Direttrice esecutiva del contratto, è la dott.ssa Aleksandra Ivanovic. La responsabile unica del procedimento è la dott.ssa Carola Gasparri.

**Tutti i premi versati alla CASPIE dal personale dipendente sono deducibili dal reddito fino all'importo di Euro 3.615,20, anche se versati a beneficio di familiari. Tutte le spese sanitarie sostenute e non rimborsate (in virtù di esclusioni o franchigie) danno diritto alla detrazione d'imposta nella misura del 19%.**





## QUADRO DI RIEPILOGO

### PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO BIBLIOTECARIO E CEL:

- Leggere con attenzione l'intero contenuto del presente fascicolo, in particolare per quanto riguarda le prestazioni ricomprese nella "polizza Base" e nella "polizza Premium"
- Se si sceglie di aderire alla polizza "Premium" e/o di estendere la copertura scelta ("Base" o "Premium") ai propri familiari, compilare il modulo di adesione attraverso la piattaforma <https://dbdg.epecum.torvergata> entro il 25 gennaio 2024
- In caso di prima adesione, registrarsi sul sito [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu) per acquisire le credenziali di accesso alla piattaforma della Cassa Assistenza CASPIE
- Se si decide di disdire la polizza stipulata nell'anno precedente, provvedere attraverso la piattaforma <https://dbdg.epecum.torvergata> entro il 15 dicembre 2023
- Per le modalità di accesso alle prestazioni si rimanda all'Allegato 2

### PERSONALE DOCENTE, RICERCATORE, ASSEGNISTA E BORSISTA:

- Leggere con attenzione l'intero contenuto del presente fascicolo, in particolare per quanto riguarda le prestazioni ricomprese nella "polizza Base" e nella "polizza Premium"
- Se si sceglie di aderire alla polizza "Base" o alla polizza "Premium" e di estendere la copertura scelta ai propri familiari, compilare il modulo di adesione attraverso la piattaforma <https://dbdg.epecum.torvergata> entro il 25 gennaio 2024
- Registrarsi sul sito [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu) per acquisire le credenziali di accesso alla piattaforma della Cassa Assistenza CASPIE
- Se si decide di disdire la polizza stipulata nell'anno precedente, provvedere attraverso la piattaforma <https://dbdg.epecum.torvergata> entro il 15 dicembre 2023
- Per le modalità di accesso alle prestazioni si rimanda all'Allegato 2



## POLIZZA BASE

La presente polizza prevede il rimborso delle spese sostenute a seguito di Malattia o Infortunio, per le seguenti prestazioni sanitarie. I massimali indicati si intendono raddoppiati in caso di estensione all'intero nucleo familiare.

### A) OSPEDALIERE

#### A.1 - Ricovero per Grande intervento chirurgico

In caso di ricovero per Grande intervento chirurgico (si veda elenco in Allegato) effettuato in Istituto di cura, si applica una garanzia fino a concorrenza di un massimale di Euro 10.000,00 come segue:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari di chirurgo/a, aiuto chirurgo/a, assistente, anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;

- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per rette di degenza;
- per le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia non si applica nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata, mentre si applica uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 500,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

##### A.1.1 – Indennità sostitutiva

La Società corrisponde un'indennità di Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per intervento in ospedale e/o casa di cura, con il massimo di 100 giorni per persona, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.



## A.2 Intervento ambulatoriale e in day hospital

In caso di:

- ricovero per intervento non compreso nei grandi interventi,
- intervento ambulatoriale,
- intervento in day hospital o
- ricovero senza intervento

si applica una garanzia, fino alla concorrenza di un massimale di Euro 8.000,00, come segue:

- per gli onorari di chirurgo/a, aiuto chirurgo/a, assistente, anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, materiale di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per le rette di degenza;
- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici), gli onorari medici per visite specialistiche, gli esami effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- per gli onorari medici per visite specialistiche, esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisio-terapici e rieducativi, noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, effettuati in istituto di cura o ambulatorio nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia non si applica nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata, mentre si applica uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 500,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

### A.2.1 – Indennità sostitutiva

La Società corrisponde un'indennità di Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per intervento in ospedale e/o casa di cura, con il massimo di 100 giorni per persona, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

## A.3 Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore/ accompagnatrice

In istituto di cura, o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'istituto di cura, vitto e pernottamento di un accompagnatore o un'accompagnatrice dell' Assicurato/a fino alla concorrenza di Euro 35,00 giornalieri e con il limite massimo di 30 giorni per ciascun anno assicurativo. In caso d'indisponibilità del pernottamento presso l'istituto di cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione d'indisponibilità del pernottamento da parte dell'istituto di cura.

## A.4 Trasporto dell'assicurato/a

Per il trasporto a mezzo ambulanza, treno o aereo dell'assicurato/a dal domicilio e/o residenza all'istituto di cura e viceversa è previsto, in caso di grande intervento chirurgico, un rimborso fino a un massimo di Euro 1.100,00 in Italia e di Euro 2.000,00 all'estero, per anno.

## A.5 Rimpatrio salma

In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico (si veda Allegato 1) effettuato in istituto di cura, sono indennizzate le spese per il rimpatrio della salma con il limite di Euro 3.000,00.

## B) ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI LABORATORIO

La Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono:

- chemioterapia
- radioterapia
- cobaltoterapia
- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- laserterapia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia



- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografia
- amniocentesi
- tecarterapia,
- onde d'urto
- PET
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- ago aspirato
- amniocentesi/prenatal safe/harmony test villocentesi (per donne con età > 35 anni).

La società rimborsa inoltre le spese sostenute per le visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, purché pertinenti all'evento denunciato, per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- accertamenti diagnostici e di laboratorio prescritti dal Medico curante.
- La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di Euro 3.000,00.
- Per tale garanzia si applicherà una franchigia di Euro 35,00 per sinistro in caso di utilizzo della rete convenzionata, e una franchigia di Euro 50,00 per sinistro in caso di non utilizzo della rete convenzionata. In caso di utilizzo parziale della rete convenzionata per lo stesso sinistro verranno applicate, alle relative fatture, le franchigie previste in rete e fuori rete.
- In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.
- Le prestazioni sono garantite, presso le strutture convenzionate, entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta di prenotazione.

## C) CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino alla concorrenza del massimale di Euro 3.000,00.

## D) PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale di Euro 100,00.

Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

## E) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese per cure odontoiatriche e ortodontiche, comprese visite ed esami radiologici, e per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche fino alla concorrenza del massimale indicato in Euro 300,00. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Si intende compresa anche l'igiene orale con ablazione del tartaro con il sottolimito di Euro 50,00 e senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

## F) LENTI E OCCHIALI

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza della somma di Euro 200,00 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto a carico dell'assicurato/a nella misura del 30%.

## G) MEDICINA PREVENTIVA

La Società rimborsa annualmente le seguenti spese sostenute a scopo preventivo:

- Uomo: esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine; urine completo; PSA e PSA free; elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo.





Donna: esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine; urine completo; visita ginecologica; pap test; mammografia; elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo.

## H) PACCHETTO MATERNITÀ

La Società rimborsa, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per le assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepitodal Nomenclatore Tariffario del SSN;
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale;
- amniocentesi o villocentesi: per le donne di 35 anni o più, possono essere erogate senza prescrizione; per le donne di meno di 35 anni, possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto;
- visite di controllo ostetrico-ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia e ginecologia;
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale;
- una visita anestesilogica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Tale garanzia è prestata con un massimale pari a Euro 1.000,00 per ciascuna gravidanza. In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati, le prestazioni erogate all'assicurata vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'assicurata.

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 70,00.

## I) FISIOTERAPIA

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio ed esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte dal medico di famiglia o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. Il limite di spesa per tale garanzia è pari a Euro 200,00 per sinistro/anno.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

La Società dovrà autorizzare l'intero ciclo delle prestazioni e non le singole sedute.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati le prestazioni erogate all'Assicurato/a vengono liquidate direttamente dalla Società al netto dello scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00, che saranno versati dall'assicurato alla struttura. L'assicurato/a dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato/a.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00; è necessario che l'Assicurato/a alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato.



## POLIZZA PREMIUM

### A) OSPEDALIERE

#### A.1 - Ricovero per Grande intervento chirurgico

In caso di ricovero per grande intervento chirurgico (si veda Allegato 1) effettuato in istituto di cura si applica una garanzia fino alla concorrenza di un massimale di Euro 100.000,00, come segue:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari di chirurgo/a, aiuto chirurgo/a, Assistente, Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;

- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per rette di degenza;
- per le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia non si applicherà nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata, uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 500,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.



## **A.2 Ricovero per intervento non compreso nei grandi interventi e ricovero senza intervento, nonché intervento ambulatoriale e in day hospital**

In caso di ricovero per intervento non compreso nei grandi interventi, di intervento ambulatoriale, in day hospital o ricovero senza intervento si applica una garanzia, fino alla concorrenza di un massimale di Euro 50.000,00, come segue:

- per gli onorari di chirurgo/a, aiuto chirurgo/a, assistente, anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, materiale di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per le rette di degenza;
- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici), gli onorari medici per visite specialistiche, gli esami effettuati in istituto di cura o ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- per gli onorari medici per visite specialistiche, esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, noleggio di apparecchi protesici e sanitaricomprese carrozzelle ortopediche, effettuati in istituto di cura o ambulatorio nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia si applica una franchigia di Euro 250,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 500,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata. In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

## **A.3 Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore/accompagnatrice**

In istituto di cura, o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'istituto di cura, vitto e pernottamento di un accompagnatore o un'accompagnatrice dell'assicurato/a fino alla concorrenza di Euro 60,00 giornalieri e con il limite

massimo di 30 giorni per ciascun anno assicurativo. In caso d'indisponibilità del pernottamento presso l'istituto di cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione d'indisponibilità del pernottamento da parte dell'istituto di cura.

## **A.4 Trasporto dell'assicurato/a**

Per il trasporto a mezzo ambulanza, treno o aereo dell'assicurato/a dal domicilio e/o residenza all'istituto di cura e viceversa è previsto, in caso di grande intervento chirurgico, un rimborso fino a un massimo di Euro 1.100,00 in Italia e di Euro 2.000,00 all'estero, per anno.

## **A.5 Rimpatrio salma**

In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di ricovero effettuato in istituto di cura le spese per rimpatrio della salma con il limite di Euro 3.000,00.

## **A.6 - Spese funerarie**

In caso di decesso avvenuto in Italia a seguito di ricovero effettuato in istituto di cura è previsto un massimale aggiuntivo per le spese funerarie pari a Euro 1.500,00.

## **A.7 - Indennità sostitutiva**

La Società corrisponde un'indennità di Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per intervento in ospedale e/o casa di cura, con il massimo di 100 giorni per persona, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

## **B) ALTA DIAGNOSTICA**

La Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono:

- chemioterapia
- radioterapia
- cobaltoterapia



- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- laserterapia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografia
- amniocentesi
- tecarterapia,
- onde d'urto
- PET
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- ago aspirato
- amniocentesi/prenatal safe/harmony test/villocentesi (per donne con età > 35 anni).

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata sino a un massimo di Euro 5.000,00. Per tale garanzia non si applicherà nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata e uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 50,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

### **C) VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO**

In caso di visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, la Società rimborsa le spese sostenute, purché pertinenti all'evento denunciato, per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- accertamenti diagnostici e di laboratorio prescritti dal medico curante;
- agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da personale medico regolarmente iscritto all'albo;
- infiltrazioni con farmaco effettuate da personale medico regolarmente iscritto all'albo;
- chiropratica;

- logopedia;
- osteopatia;
- cure termali;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di Euro 60,00 giornaliere.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di Euro 5.000,00.

Per tale garanzia non si applica nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata e uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 35,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

### **D) CURE ONCOLOGICHE**

La Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino alla concorrenza del massimale di Euro 10.000,00.

### **E) PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE**

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale fissato in Euro 500,00. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

### **F) CURE DENTARIE**

La Società rimborsa le spese per cure odontoiatriche e ortodontiche comprese visite ed esami radiologici e per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche fino alla concorrenza del massimale indicato in Euro 1.000,00. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

Si intende compresa anche l'igiene orale con ablazione del





tartaro con il sottolimito di Euro 100,00 e senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto. In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

### **G) LENTI E OCCHIALI**

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza della somma di Euro 500,00 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa. Il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto a carico dell'assicurato/a nella misura del 15% con il minimo di Euro 50,00.

### **H) FISIOTERAPIA**

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio ed esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte dal medico di famiglia o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. Il limite di spesa per tale garanzia è pari a Euro 500,00 per sinistro/anno.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

La Società dovrà autorizzare l'intero ciclo delle prestazioni e non le singole sedute.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati, le prestazioni erogate all'Assicurato/a vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'assicurato/a. L'assicurato/a dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitaria carico dell'assicurato/a.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 70,00, è necessario che l'assicurato/a alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

### **I) MEDICINA PREVENTIVA**

La Società provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato/a) delle prestazioni di prevenzione effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate in un'unica soluzione.

Elenco esami validi per tutti gli/le assicurati/e una volta l'anno: alanina aminotransferasi ALT, aspartato aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), urea, VES, urine (esame chimico, fisico e microscopico), feci (ricerca del sangue occulto), sideremia.

Prestazioni previste per le donne, una volta l'anno: pap test, ECG da sforzo, mammografia, ecografia mammaria.

Prestazioni previste per le donne con età superiore ad anni 55, una volta ogni due anni: ecotomografia addome completo, ecodoppler venoso arti inferiori, ecocardiografia, M.O.C.

Prestazioni previste per gli uomini, una volta l'anno: PSA (specifico antigene prostatico), visita urologica e ECG da sforzo.

Prestazioni previste per gli uomini con età superiore a 55 anni, una volta ogni due anni: ecotomografia addome completo, RX torace, ecodoppler venoso arti inferiori, ecocardiografia.

### **J) PACCHETTO MATERNITÀ**

La Società rimborsa, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto Nomenclatore Tariffario del SSN;
- test genetici prenatali (E.G. HarmonyTest, Prenatal Safe) su DNA fetale;
- amniocentesi o villocentesi: per le donne di 35 anni o più, possono essere erogate senza prescrizione; per le donne di meno di 35 anni, possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto;
- visite di controllo ostetrico-ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia e ginecologia;



- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale;
- una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.
- supporto psicologico post parto, per un massimo di 3 visite psicologiche da effettuarsi entro 3 mesi dal parto.

Tale garanzia è prestata con un massimale pari a Euro 5.000,00 per ciascuna gravidanza. In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati, le prestazioni erogate all'Assicurata vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'assicurata.

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00.

#### **K) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE/LTC**

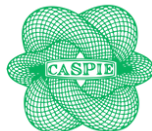
La Società prevede, in caso di perdita permanente dell'autosufficienza nel compimento di almeno quattro parti dei seguenti sei atti elementari di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare in bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi) l'erogazione di un importo, una tantum, di Euro 5.000,00.

### **ESTENSIONI ED ESCLUSIONI (COMUNI A ENTRAMBE LE OPZIONI)**

Sono escluse dall'assicurazione:

- le intossicazioni dovute ad abuso di alcoolice psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'assicurato/a abbia preso parte volontariamente;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove e allenamenti;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o da pregressa chirurgia demolitiva);
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione assistita" e/o "fecondazione eterologa";
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;

- ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'assicurato/a che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS;
- le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi; le visite presso medici specialisti in psichiatria sono tuttavia pienamente rientranti tra le prestazioni di cui al punto "ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI LABORATORIO" per la polizza BASE e al punto "VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO" per la polizza PREMIUM;
- le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio correzione di miopia e astigmatismo) ad eccezione di quanto segue: la garanzia opererà qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.



Sono incluse nell'assicurazione:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti;
- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dalle esclusioni.

La gravidanza è considerata "malattia" a tutti gli effetti.

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 70 anni. Nel caso di compimento del settantesimo anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Per le persone assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con l'Ateneo, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro. Allo scioglimento del rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro.

## ELENCO DEGLI ALLEGATI

**ALLEGATO 1 - ELENCO DEI "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"**

**ALLEGATO 2 - MANUALE OPERATIVO CASPIE**

**ALLEGATO 3 - SCHEDA DI ADESIONE DIPENDENTI**

**ALLEGATO 4 - SCHEDA DI ADESIONE ALTRE CATEGORIE**



## ALLEGATO 1

### ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

#### CHIRURGIA GENERALE

- Collo
- Paratiroidectomia (tipica o atipica)
- Linfadenectomia radicale latero cervicalemonolaterale
- Dissezione radicale del collo
- Parotidectomiacon conservazione del nervo facciale
- Reinterventi di paratiroidectomia
- Tiroidectomia totale
- Reinterventi sulla tiroide
- Plastiche e resezioni tracheali
- Chirurgia delle fistole tracheo esofagee
- Mediastino
- Timectomia (per via transternale, transtoracica, cervicale)
- Asportazione chirurgica di cisti o tumori del mediastino (compresi i gozzi endotoracici)
- Interventi sul dotto toracico
- Mammella
- Mastectomia radicale (Halsted - Madden - Patey) con linfadenectomia
- Torace
- Pleurectomia
- Interventi per tumori delle coste e/o dello sterno(esclusi eventuali materiali protesici)
- Decorticazione polmonare
- Trattamento chirurgico di cisti polmonari
- Broncotomie
- Trattamento dei traumi toracici con lesioni viscerali
- Pleurectomie per tumori mesoteliali
- Pneumonectomie
- Lobectomie e bilobectomie
- Resezioni segmentarie o atipiche (sleeve, wedge, ecc.)
- Toracopleurolobectomie
- Fistole esofago-tracheali o esofago-bronchiali
- Fistole postoperatorie, post lobectomia e post pneumonectomia
- Esofago
- Trattamento chirurgico del megaesofago (compresa plastica antireflusso)
- Trattamento chirurgico delle ernie iatali e del reflusso gastro-esofageo
- Trattamento chirurgico dei diverticoli esofagei
- Trattamento chirurgico dei tumori benigni all'esofago
- Trattamento chirurgico dei tumori maligni all'esofago
- Trattamento chirurgico delle fistole aerodigestive acquisite
- Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Trattamento chirurgico dei tumori cardiaci
- Intervento di deconnessione azygos-portale
- Stomaco - Duodeno
- Resezione duodenogastrica con linfadenectomia
- Degastroresezione
- Gastrectomia totale
- Interventi di riconversione per dumping syndrome
- Digiuno e Ile (Intestino tenue)
- Interventi per diverticoli del duodeno
- Derotazione intestinale
- Colon - Retto - Ano
- Interventi per incontinenza anale
- Emicolectomia destra(compresa linfadenectomia)
- Emicolectomia sinistra (compresa linfadenectomia)
- Colectomie del trasverso(compresa linfadenectomia e colostomia)
- Colectomia totale con ileostomia
- Resezione retto-colica anteriore(con linfadenectomia)
- Interventi di amputazione del retto per via perineale, posteriore, addomino perineale e addomino posteriore (compresa colostomia)
- Colectomia totale con ileorettostomia
- Procto-retto-colectomia totale con pouch ileale
- Peritoneo
- Exeresi di tumori retroperitoneali
- Fegato e vie biliari
- Drenaggio di ascessi epatici e cisti di echinococco
- Colectomia per via laparoscopica
- Interventi sulla papilla per via transduodenale +/- colectomia
- Coledocotomie coledocolitomia +/- drenaggio biliare(+ colectomia)
- Epaticotomie epaticolitomia +/- drenaggio biliare (+ colectomia)
- Anastomosi coledocodigestive +/- colectomia
- Anastomosi epaticodigestive +/- colectomia
- Resezioni epatiche minori





- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per calcolosi intraepatica
- Derivazioni porto-sistemiche
- Reinterventi sulle vie biliari
- Pancreas - Milza
- Duodeno cefalopancreasectomia
- Pancreatectomia sinistra
- Pancreatectomia totale
- Interventi di exeresi della papilla Water
- Derivazioni pancreatico-wirsung-digestive
- Interventi conservativi per pancreatite acuta
- Interventi demolitivi per pancreatite acuta
- Trattamento chirurgico di cisti pancreatiche
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi per tumori del pancreas endocrino

## CHIRURGIA VASCOLARE

- Venosa
- Terapia chirurgica nella patologia della vena cava superiore ed inferiore
- Arteriosa
- Endoarteriectomia o altro intervento chirurgico dei vasi del collo
- Chirurgia delle fistole artero-venose acquisite di viso, collo, torace
- Chirurgia di tumori glomici carotidei
- Chirurgia degli aneurismi dei tronchi epiaortici
- Chirurgia degli aneurismi delle arterie viscerali
- Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie viscerali
- Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie renali
- Chirurgia dei tronchi epiaortici
- Chirurgia delle oblitterazioni croniche dell'asse arto-iliaco, femoro-popliteo e tibiale
- Reinterventi precoci e tardivi in chirurgia vascolare ricostruttiva
- Trattamento chirurgico dell'ipertensione nefrovascolare
- Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche dell'aorta e dei suoi rami
- Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta addominale
- Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta toracica e toraco-addominale

## CARDIOLOGIA

- Cardiochirurgia

- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Sostituzione di valvolasingola
- Sostituzione di valvola doppia o multipla o sostituzione valvolare + plastica valvolare
- Sostituzione di valvola singola con by-pass aorto coronarico in CEC
- Intervento di plastica valvolare
- By-pass aorto-coronarico unico
- By-pass aorto-coronarico multiplo
- By-pass aorto-coronarico senza CEC in minitoracotomia
- By-pass aorto-coronarico senza CEC
- Intervento per aneurisma dell'aorta ascendente
- Intervento per dissecazione dell'aorta ascendente
- Intervento per aneurisma dell'aorta ascendente con sostituzione valvolare
- Intervento per aneurisma o dissecazione dell'aorta discendente toracica
- Intervento per aneurisma o dissecazione dell'arco aortico
- Correzione di difetto interatriale
- Correzione di difetto interventricolare
- Intervento per pervietà del dotto di Botallo
- Intervento per coartazione aortica
- Intervento per cardiopatie congenite semplici
- Intervento per ferite o corpi estranei o tumori del cuore
- Pericardiectomia parziale o totale
- Reintervento in CEC per by-pass o sostituzione di valvola
- Intervento in CEC nel paziente anziano (età superiore a 70 anni)

## UROLOGIA

- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Mielocalicolitomia
- Pielolitomia in rene malformato
- Pieloureteroplastica
- Surrenalectomia
- Ureterocistostomia
- Ureterosigmoidostomia
- Ureteroileostomia
- Cistectomia parziale con ureterocistostomia
- Cistectomia totale con derivazione urinaria
- Derivazione neourinaria escludente (senza cistectomia)
- Neovesica con segmento intestinale
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale o vescico-intestinale



- Plastica antireflusso monolaterale
- Plastica antireflusso bilaterale
- Prostatectomia radicale con linfadenectomia
- Uretrostomia perineale
- Rivascolarizzazione del pene per impotenza vasculogenica
- Raddrizzamento di pene con protesi (protesi esclusa)
- Emasculazione
- Amputazione totale del pene con linfadenectomia
- Linfadenectomia per tumore del testicolo

## **GINECOLOGIA E OSTETRICIA**

- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Interventi per creazione di vagina artificiale
- Interventi per fistoleretto-vaginale
- Interventi radicali per tumori della vagina
- Exenteratio pelvica
- Laparo-istero-annessiectomia con linfadenectomia
- Istero-annessiectomia per via vaginale
- Interventi sulle tube in microchirurgia
- Interventi in laparoscopia pelvica
- Isterectomia + annessiectomia mono o bilaterale
- Taglio cesareo conservativo per parto gemellare
- Taglio cesareo demolitivo
- Trattamento d'urgenza per rottura dell'utero

## **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

- Osteotomie
- Bacino, anca
- Osteosintesi
- Omero, femore, tibia (se frattura articolare)
- Bacino
- Riduzione cruenta lussazione
- Grandi articolazioni
- Colonna vertebrale
- Trattamento cruentodei tumori ossei
- Colonna vertebrale, bacino
- Interventi in artroscopia
- Ricostruzione legamentosa +/- prelievo legamentoso tendineo
- Disarticolazioni
- Interscapolo-toracica
- Emipelvectomy
- Simpatico e Vago
- Intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Nervi

- Trapianti, innesti ed altre operazioni plastico-ricostruttive
- Anastomosi spino-facciale
- Intervento sul plesso brachiale

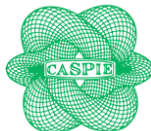
## **CHIRURGIA PEDIATRICA**

- Duodeno digiunostomia
- Anastomosi intestinale
- Asportazione diverticolo di Meckel
- Escissione e duplicazione intestinale
- Riduzione invaginazione intestinale
- Riduzione volvolo intestinale
- Colectomia
- Resezione addominoperineale
- Epato-digiuno-porto-stomia (Intervento di Kasai)
- Asportazione neoplastica addominale
- Emiorrafia diaframmatica
- Plastica per onfalocele
- Trattamento chirurgico della atresia anale
- Operazioni Toraciche
- Trattamento chirurgico della atresia esofagea (se in un tempo)
- Trattamento chirurgico della atresia esofagea (se in due o più tempi)
- Chiusura fistola tracheoesofagea
- Trattamento chirurgico di duplicazione esofagea
- Timectomia
- Asportazione cisti polmonare
- Asportazione tumore polmonare
- Lobectomia
- Pneumonectomia
- Sezione anello vascolare
- Interventi Urologici
- Nefrectomia
- Plastica stenosi giunto-piolo-ureterale
- Ureterosigmoidostomia
- Escissione ureterocele
- Reimpianto utero-vescicale
- Cistectomia
- Interventi Ginecologici
- Asportazione cisti ovariche
- Intervento per fistola retto-vaginale
- Creazione neovagina
- Vaginoplastica perineale
- Varie
- Asportazione tumore sacrococcigeo



**TOR VERGATA**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

**Allianz** 



**DE BESI  
DI GIACOMO**  
BROKER DI ASSICURAZIONI, DAL 1959.

Numero Verde da fisso: 800 254 313

Numero da mobile e dell'estero: +39 06 67549 313

CaspieOnLine

Assistenza Remota



CASPIE

[HOME](#)

[CHI SIAMO](#)

[PRODOTTI E SERVIZI](#)

[CONTATTI](#)



Sempre vicini a te.

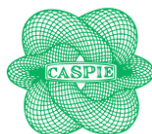
## ALLEGATO 2

### MANUALE OPERATIVO CASPIE PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE



**TOR VERGATA**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

**Allianz** 



**DE BESI  
DI GIACOMO**  
BROKER DI ASSICURAZIONI, DAL 1959.

Numero Verde da fisso: 800 254 313

Numero da mobile e dell'estero: +39 06 67549 313

CaspieOnLine

Assistenza Remota



CASPIE

[HOME](#)

[CHI SIAMO](#)

[PRODOTTI E SERVIZI](#)

[CONTATTI](#)

e affrontare  
insieme ogni  
momento

## ALLEGATO 3

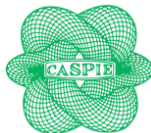
### SCHEDA DI ADESIONE DIPENDENTI





**TOR VERGATA**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

**Allianz** 



**DE BESI  
DI GIACOMO**  
BROKER DI ASSICURAZIONI, DAL 1959.

Numero Verde da fisso: 800 254 313

Numero da mobile e dell'estero: +39 06 67549 313

CaspieOnLine

Assistenza Remota



CASPIE

HOME

CHI SIAMO

PRODOTTI E SERVIZI

CONTATTI

con la giusta serenità.

## ALLEGATO 4

### SCHEDA DI ADESIONE ALTRE CATEGORIE