

# CASSA MUTUA NAZIONALE

per il Personale delle Banche di Credito Cooperativo

ANNO SANITARIO  
2007

PRONTUARIO DELLE PRESTAZIONI

## ATTENZIONE !!!

Il presente prontuario è stato redatto a cura del Coordinamento Nazionale delle B.C.C., per una rapida consultazione delle prestazioni, della documentazione necessaria, dei massimali e degli scoperti, contenuti nel **REGOLAMENTO SANITARIO 2007** emanato dalla Cassa Mutua Nazionale.

I contenuti del presente prontuario non sono esaustivi di tutte le previsioni del **REGOLAMENTO SANITARIO 2007**. Non si risponde di eventuali inesattezze od omissioni.

Gli iscritti alla Cassa Mutua Nazionale devono SEMPRE far riferimento al **REGOLAMENTO SANITARIO 2007** e alle disposizioni impartite della Cassa Mutua Nazionale.

# PRESTAZIONI OSPEDALIERE

## ARTICOLO 5 - PRESTAZIONI OSPEDALIERE

- 5.1) Ricovero in strutture sanitarie, con o senza intervento chirurgico ed interventi chirurgici effettuati ambulatorialmente ed in Day Hospital
- 5.1.1) In caso di intervento chirurgico ed aborto terapeutico, effettuati in strutture sanitarie in regime di ricovero
- 5.1.2) In caso di ricovero in strutture sanitarie che non comporti intervento chirurgico
- 5.1.3) In caso di interventi chirurgici che non comportino pernottamento, effettuati ambulatorialmente ed in day hospital
- 5.2) Ricovero per parto
- 5.2.1) In caso di Parto Cesareo
- 5.2.2) In caso di Parto non cesareo
- 5.2.3) Trattamento terapeutico in regime di ricovero per i neonati nei primi 30 giorni di vita
- 5.3) In caso di intervento laser per correzione di difetto rifrattivo di uno od entrambi gli occhi
- 5.4) Anticipazioni
- 5.5) Diarie – Prestazioni sostitutive
- 5.5.1) Ricovero in strutture sanitarie con intervento e parto spontaneo
- 5.5.2) Ricovero in strutture sanitarie senza intervento
- 5.5.3) Neonati sottoposti a trattamento terapeutico
- 5.5.4) In caso di Day Hospital / Day Surgery

## INDICAZIONI SULLA DOCUMENTAZIONE

Per poter accedere alle prestazioni indicate nel seguente articolo 5) occorre presentare, insieme con la richiesta di rimborso, la seguente documentazione preliminare:

1. Cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria (casa di cura, ospedale, etc. ...) in copia conforme per tutti i casi di ricovero con e senza intervento chirurgico, parto spontaneo e con taglio cesareo, day hospital e day surgery.
2. Fattura della struttura sanitaria ( casa di cura, ospedale, ecc...) con indicazione, in forma analitica, delle spese sostenute per :  
degenza, ospitalità accompagnatore, sala operatoria, medicinali, cure e terapie, esami diagnostici ed ogni altra spesa sanitaria di competenza della struttura sanitaria.  
Sono escluse le spese riguardanti il confort (supplementi telefono, televisore, frigobar e quant'altro), i costi amministrativi, di segreteria e rilascio della cartella clinica, i bolli e le spese non sanitarie.  
La fattura dovrà riportare in forma analitica il dettaglio di tutte le spese. La Cassa Mutua potrà richiedere eventuali ulteriori dettagli.
3. Fatture/parcelle/ricevute fiscali ( tutte in esenzione di IVA come previsto dal D.P.R. 26 ottobre 1972 N° 633 art. 10, N° 18) e successive modificazioni ) riguardanti prestazioni mediche dell'equipe che ha svolto l'intervento (chirurgo, aiuto, anestesista, personale paramedico, ecc...), risultanti dalla cartella clinica.

Sono esclusi dal rimborso l'IVA ed i costi previdenziali eventualmente applicati sulle fatture/ricevute fiscali.

## TERMINI PER L'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

1. La richiesta di rimborso, corredata dalla documentazione di spesa vanno inviate alla Cassa Mutua al più presto, insieme alla cartella clinica, da richiedere prontamente alla struttura sanitaria. Qualora la documentazione di spesa e la cartella clinica non dovessero pervenire alla Cassa Mutua entro il termine di 60 giorni dalla data di dimissioni del beneficiario, è necessario, entro lo stesso termine di 60 giorni, rivolgere alla Cassa Mutua istanza scritta di proroga dei termini indicando i motivi del ritardo. La Cassa Mutua si riserva di esaminare tale istanza comunicando l'eventuale accoglimento.
2. In corrispondenza del termine dell'anno sanitario (31 dicembre di ogni anno), la documentazione riguardante eventi di ricovero, con o senza intervento chirurgico, con dimissioni dalla struttura sanitaria avvenute entro tale data (31 dicembre di ogni anno), deve pervenire al più tardi entro il 28 febbraio dell'anno successivo.
3. Ogni ricovero, relativo a qualsiasi evento, è definito dalla cartella clinica che lo riguarda. Qualora un beneficiario venisse ricoverato nello stesso anno per più di una volta, con cartelle cliniche separate, ogni ricovero genera un evento autonomo.
4. In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, in struttura sanitaria pubblica o privata, la liquidazione delle prestazioni è effettuata applicando al rimborso le norme del Regolamento sanitario vigenti all'atto del ricovero.

### IN CASO DI INTERVENTO CHIRURGICO O ABORTO TERAPEUTICO, EFFETTUATI IN STRUTTURE SANITARIE IN REGIME DI RICOVERO

fatto salvo quanto previsto per la correzione di difetto rifrattivo e trattamenti chiropratici ed osteopatici

**Prestazioni:** (fino a concorrenza del massimale annuo e per nucleo familiare di € 110.000,00\*)

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento, risultante da cartella clinica;  
La Cassa rimborsa tali prestazioni con una franchigia del 20% per un massimo di € 3.000,00 di franchigia.
- i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, ivi comprese **protesi ortopediche** applicate durante l'intervento; l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i trattamenti sclerosanti e linfodrenaggio, i medicinali, gli esami post-intervento **effettuati nel corso del ricovero**;
- rette di degenza con il limite **massimo di € 260,00 giornaliero**.

**N.B.:** Tali limiti non vengono applicati **esclusivamente** nei casi di ricovero per gli interventi chirurgici elencati nell'allegato 1);

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici attinenti l'intervento, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei **120 giorni precedenti** il ricovero con una franchigia del 10%;
- visite specialistiche, esami, medicinali, quelli previsti e prescritti in cartella clinica, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati e fatturati da **fisioterapisti diplomati** e che svolgono attività nell'ambito o per conto di un Centro di cui è **responsabile un medico**, trattamenti logopedici effettuati da logopedista o da terapeuta della psicomotricità, agopuntura effettuata da medico, ticket cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei **120 giorni successivi** al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico, con una franchigia del 10%.

**N.B.:** Per tutti gli interventi al naso di carattere funzionale viene obbligatoriamente richiesto, con la cartella clinica, un esame preventivo di rinomanometria.

### IN CASO DI RICOVERO IN STRUTTURA SANITARIA CHE NON COMPORTI INTERVENTO CHIRURGICO

**Prestazioni:** (fino a concorrenza del massimale annuo e per nucleo familiare di € 110.000,00\*)

- rette di degenza con il limite **massimo di € 260,00= giornaliero**;
- accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali **effettuati nel corso del ricovero**;
- visite specialistiche, esami, medicinali previsti e prescritti in cartella clinica, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati e fatturati da **fisioterapisti diplomati** e che svolgono attività nell'ambito o per conto di un Centro di cui è **responsabile un medico**, trattamenti logopedici effettuati da logopedista o da terapeuta della psicomotricità, agopuntura effettuata da medico, ticket cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei **120 giorni successivi** al termine del ricovero, con una franchigia del 10%.

### IN CASO DI INTERVENTI CHIRURGICI CHE NON COMPORTINO PERNOTTAMENTO, EFFETTUATI AMBULATORIALMENTE ED IN DAY HOSPITAL

**Prestazioni:** (fino a concorrenza del massimale annuo e per nucleo familiare di € 110.000,00\*)

- rette di degenza in day hospital con il limite **massimo di € 260,00= giornaliero**;
- onorari del chirurgo ed eventualmente dell'anestesista;  
La Cassa rimborsa tali prestazioni con una franchigia del 20% con il massimo di € 3.000,00 di scoperto.
- diritti di sala operatoria e materiali di intervento, compresi i medicinali e gli esami diagnostici effettuati nel corso dell'intervento.

**N.B.:** la documentazione di spesa deve essere accompagnata da una relazione medica dell'intervento  
\* **Nel caso di interventi chirurgici elencati nell'allegato 1) il massimale si intende raddoppiato.**

### IN CASO DI RICOVERO PER PARTO E RICOVERO DI NEONATI PER TRATTAMENTO TERAPEUTICO

#### PARTO CESAREO

**Prestazioni:**

- gli onorari dei componenti l'equipe medico-chirurgica che effettua l'intervento, risultanti dalla cartella clinica, escluso qualsiasi soggetto che non partecipi attivamente all'intervento;
- i diritti di sala operatoria, compreso il materiale d'intervento;
- **nel corso del ricovero:** l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, gli esami post-intervento;
- Rette di degenza con il limite **massimo di € 260,00= giornaliero**.

**N.B.:** la prestazione è fornita fino a concorrenza del **massimale di € 6.500,00**

## PARTO NON CESAREO

**Prestazioni:**

- gli onorari dei componenti l'equipe medico-chirurgica e dell'ostetrico che effettuano l'intervento, risultanti dalla cartella clinica, escluso qualsiasi soggetto che non partecipi attivamente all'intervento;
- i diritti di sala operatoria, compreso il materiale d'intervento;
- **nel corso del ricovero:** l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, gli esami post-intervento;
- Rette di degenza con il limite **massimo di € 260,00= giornaliera**.

**N.B.:** la prestazione è fornita fino a concorrenza del **massimale di € 2.000,00**  
Sia per il parto cesareo che naturale, non è previsto il rimborso delle spese riguardanti nido, assistenza neonatale ed assistenza pediatrica.

**TRATTAMENTO TERAPEUTICO IN REGIME DI RICOVERO PER I NEONATI  
NEI PRIMI 30 GIORNI DI VITA EFFETTUATO PER ACCERTATA PATOLOGIA**
**Prestazioni:**

- Accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, cure, **effettuati nel corso del ricovero**, nel limite **massimo di € 1.000,00**, con una **franchigia del 10%**.

**Documentazione:**

- **richiesta di rimborso;**
- **cartella clinica;**
- **ricevute fiscali emesse dall'azienda ospedaliera o casa di cura e dai medici specialisti.**

**IN CASO DI INTERVENTO LASER PER CORREZIONE DI DIFETTO  
RIFRATTIVO DI UNO OD ENTRAMBI GLI OCCHI**
**Prestazioni:**

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento, risultante da cartella clinica, i diritti di sala operatoria comprese le strumentazioni, il materiale di intervento e quant'altro.
- **Massimale per occhio - € 1.035,00 - Massimale per ambedue gli occhi € 1.550,00** - anche se l'intervento viene eseguito separatamente in esercizi sanitari diversi consecutivi.

**N.B.:** Il massimale è onnicomprensivo di tutte le spese pre e post intervento.

**ANTICIPAZIONI**
**Prestazioni:**

- nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il versamento di un anticipo o di un deposito cauzionale, la Cassa anticipa, su richiesta del destinatario, le spese dell'istituto di cura.

**Documentazione:**

- **richiesta di anticipazione;**
- **preventivo analitico di spesa sottoscritto dalla Casa di Cura interessata.**
- **Fino ad un massimo dell'80% del preventivo di spesa ed entro il limite del massimale garantito, salvo conguaglio da effettuare alla presentazione della documentazione definitiva**  
La percentuale dell'anticipazione è direttamente proporzionale alla progressività di spesa.

**N.B.:** L'anticipo viene concesso per spese non inferiori a **€ 5.000,00**

## DIARIE - PRESTAZIONI SOSTITUTIVE

**Prestazioni:**

- Qualora, in caso di ricovero del beneficiario, tutte le spese per - **ricovero, con o senza intervento chirurgico ed interventi chirurgici effettuati ambulatorialmente ed in Day Hospital e ricovero per parto** - siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (quindi non del beneficiario), la Cassa corrisponderà, esclusivamente dietro presentazione della cartella clinica, un'indennità forfetaria alle seguenti condizioni:
- **Ricovero con intervento chirurgico o parto spontaneo**  
€ 80,00 per ogni giorno di ricovero con pernottamento, per un **periodo massimo di 200 giorni** per anno sanitario per nucleo familiare.
- **Ricovero senza intervento chirurgico**  
€ 80,00 per ogni giorno di ricovero con pernottamento, per un **periodo massimo di 100 giorni** per anno sanitario per nucleo familiare.
- **Neonati sottoposti a trattamento terapeutico**  
€ 80,00 per ogni giorno di ricovero con pernottamento, **limitatamente ai primi 30 giorni di degenza, a partire dal sesto giorno** di ricovero e con un **massimo di 25 gg.** per nucleo familiare.
- **In caso di Day Hospital / Day Surgery**  
€ 80,00 al giorno, per un **massimo di 30 giorni** nell'anno sanitario.

**Documentazione:**

- ▶ **richiesta di rimborso;**
- ▶ **cartella clinica o cartella clinica specifica per Day Hospital / Day Surgery con indicazione dell'orario d'entrata e d'uscita.**

**N.B.:** Qualora venga corrisposta un'indennità forfetaria (**Diaria**), tutte le spese sanitarie sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi al ricovero, vengono rimborsate con le modalità e le condizioni previste per le prestazioni Extraospedaliere. Qualora la cartella clinica venga rilasciata al termine di un periodo prolungato di ricoveri in day-hospital, l'indennità forfetaria indicata in appresso verrà corrisposta alla **fine del ciclo** dietro presentazione della relativa cartella clinica.

# PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

## ARTICOLO 6 - PRESTAZIONI EXTRA - OSPEDALIERE ED AGGIUNTIVE

- ▶ Alta diagnostica
- ▶ Visite specialistiche
- ▶ Analisi ed esami diagnostici e di laboratorio effettuati in regime privato
- ▶ Prestazioni di chemioterapia, radiologia, cobaltoterapia e ipertermia oncologica
- ▶ Tickets
- ▶ Trattamenti fisioterapici e rieducativi. Laserterapia ed Infiltrazioni articolari
- ▶ Trattamenti logopedici e riabilitazione psicomotoria fino a 16 anni
- ▶ Prestazioni omeopatiche, agopuntura
- ▶ Trattamenti chiropratici ed osteopatici
- ▶ Sostituzione e riparazione di protesi di parti anatomiche
- ▶ Inseminazione assistita
- ▶ Odontoiatria da infortunio
- ▶ Gravidanza

## INDICAZIONI SULLA DOCUMENTAZIONE

1. Dal Codice di Deontologia Medica, si riporta il testo dell'art. 22: *Certificazione – Il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al paziente certificati relativi al suo stato di salute.*
2. Le richieste di rimborso devono pervenire alla Cassa Mutua Nazionale nel termine di **60 giorni** dalla data di emissione delle fatture, pena il mancato rimborso della prestazione.
3. La Cassa non rimborsa, allo stato, spese sanitarie per prestazioni, ovunque effettuate, a titolo di controllo e prevenzione, fatti salvi gli articoli 6.2.b), 6.3), 6.5), 6.13).
4. **Vengono considerate prestazioni di controllo e prevenzione quelle effettuate in assenza di patologia.**
5. Le richieste di rimborso di prestazioni sanitarie devono essere documentate, come previsto dal presente Regolamento.
6. **Sono escluse** dal rimborso le spese inerenti CURE/TERAPIE, ad eccezione di quelle previste dal presente Regolamento, comprese le cure omeopatiche e i medicinali.
7. La documentazione, da allegare al modello di richiesta di rimborso, deve essere prodotta a cura del Destinatario e **sempre in originale.**
8. La non conformità della documentazione a quella prevista dal presente Regolamento Annuale delle prestazioni non dà luogo ad alcun rimborso.
9. Non sono ammesse a rimborso le prestazioni sanitarie sulle cui fatture sia stata applicata l'**IVA** in quanto, ai sensi dell'art.4, D.P.R. 26/10/72 n. 633 e successive modificazioni, ne sono esenti.
10. La Cassa Mutua, in relazione alle prestazioni per le quali viene presentata domanda di rimborso, può richiedere ulteriore documentazione riguardante patologie, esami, analisi, spese e quant'altro ritenga necessario per l'evasione della pratica, nonché sottoporre il beneficiario a visita medica di controllo a carico della Cassa Mutua.
11. L'indicazione del titolo accademico di specializzazione del medico che ha effettuato la visita deve risultare chiaramente dalla documentazione allegata alla richiesta di rimborso. La specializzazione del medico deve comunque essere attinente al tipo di patologia che ha reso necessaria la visita.
12. Non sono utili ai fini del rimborso le certificazioni mediche rilasciate da medico chirurgo o da medico specialista per prestazioni rese da altri medici specialisti.
13. Non sono utili ai fini del rimborso le certificazioni mediche rilasciate da medico chirurgo o da medico specialista per prestazioni rese da altri medici specialisti.
14. Non sono utili ai fini del rimborso le certificazioni mediche rilasciate da medici specialisti per patologie non inerenti la loro specializzazione. Parcelle e spese giustificate da tali certificazioni saranno rimborsate nella misura prevista al paragrafo 6.2.1.b).
15. **Intramoenia** : le prestazioni effettuate da medici specialisti che hanno liberamente optato di svolgere la propria attività libero professionale nella forma così definita "*intramoenia*", anche se effettuate in luoghi ed ambienti diversi dalla struttura sanitaria pubblica da cui dipendono, verranno rimborsate esclusivamente se documentate con ricevuta fiscale/fattura emessa dal medico specialista, su carta intestata della struttura sanitaria pubblica da cui lo stesso dipende.  
Non si procederà ad alcun rimborso di spese aggiuntive, inerenti la stessa prestazione del medico specialista, giustificate da ricevuta fiscale/fattura, emessa da terzi e riguardante l'uso di strutture, strumentazioni e quant'altro.
16. Qualora la documentazione medica e/o di spesa, inviata alla Cassa Mutua con richiesta di rimborso, presentasse **manomissioni**, oltre a non sortire alcun rimborso, il caso verrà sottoposto all'attenzione del Comitato Amministratore per l'applicazione di eventuali sanzioni.

**Termini per l'invio della documentazione**

1. La richiesta di rimborso, corredata dalla documentazione di spesa, va inviata alla Cassa al più presto. Qualora la documentazione non dovesse pervenire alla Cassa entro il termine di 60 giorni dall'emissione della ricevuta fiscale per cui si richiede il rimborso, è necessario, entro lo stesso termine di 60 giorni, rivolgere alla Cassa istanza scritta di proroga dei termini indicando i motivi del ritardo. La Cassa si riserva di esaminare tale istanza comunicando l'eventuale accoglimento.
2. In corrispondenza del termine dell'anno sanitario (**31 dicembre di ogni anno**), la documentazione deve pervenire al più tardi entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

Le prestazioni extra - ospedaliere vanno effettuate, di norma, nelle strutture sanitarie situate nell'ambito del territorio regionale di residenza del beneficiario. La Cassa, comunque, **non rimborsa** spese di viaggio o trasferimento, comprese quelle di un eventuale accompagnatore, salvo quanto previsto per **servizi effettuati con vettore per il trasporto del beneficiario**.

**N.B.:** Con l'attribuzione delle competenze in materia sanitaria alle Regioni, il beneficiario che voglia eseguire prestazioni sanitarie presso strutture del S.S.N. in regioni diverse da quella di residenza paga, se non esistono appositi accordi fra regioni, le prestazioni per intero e non con ticket.

**ALTA DIAGNOSTICA****Prestazioni:**

La Cassa rimborsa le prestazioni sotto descritte fino alla concorrenza del **massimale annuo sanitario e per nucleo familiare di € 7.750,00=**, senza applicazione di alcuna franchigia.

- |                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| ● ANGIOGRAFIA             | ● ELETTROENCEFALOGRAFIA        |
| ● ANGIOGRAFIA DIGITALE    | ● FLUORANGIOGRAFIA             |
| ● ARTERIOGRAFIA DIGITALE  | ● ISTEROSALPINGOGRAFIA         |
| ● CISTOGRAFIA             | ● RADIONEFROGRAMMA             |
| ● CORONAROGRAFIA          | ● RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE |
| ● DIAGNOSTICA RADIOLOGICA | ● SCINTIGRAFIA                 |
| ● DIALISI                 | ● TAC                          |
| ● DOPPLER                 | ● TELECUORE                    |
| ● ECOCARDIOGRAMMA         | ● TOPOGRAFIA                   |
| ● ECOGRAFIA               | ● UROGRAFIA                    |
| ● ELETTROCARDIOGRAFIA     | ● PET                          |

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ prescrizione del medico specialista con indicazione, accertata o presunta, della patologia in atto;
- ▶ ricevuta fiscale/fattura del medico specialista o della struttura sanitaria ove la prestazione è stata eseguita.

**VISITE SPECIALISTICHE,**

La Cassa rimborsa le spese riguardanti gli onorari medici per visite specialistiche, **escluse comunque le visite odontoiatriche ed ortodontiche**, (salvo quanto indicato nei successivi articoli), secondo le seguenti due modalità.

**Prestazioni:**

- ▶ **Visite mediche specialistiche effettuate per patologie attinenti il titolo accademico di specializzazione del medico che le esegue**

Il rimborso per tale prestazione viene erogato nella misura massima di **€ 200,00= a visita**, compresi gli accertamenti effettuati ed indicati nella ricevuta fiscale, con una **franchigia del 20%** a carico del beneficiario.

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ ricevuta fiscale del medico specialista che ha effettuato la visita, certificazione attestante la patologia rilasciata dal medico specialista che ha effettuato la visita.

**Prestazioni:**

- Visite mediche specialistiche effettuate non a causa di patologia o per patologie non attinenti il titolo accademico di specializzazione del medico che le esegue.

Il rimborso per tale prestazione viene erogato nella misura massima di € 100,00= a visita, compresi gli accertamenti effettuati ed indicati nella ricevuta fiscale, con una **franchigia del 50%** a carico dell'assistito.

**Documentazione:**

- richiesta di rimborso;
- ricevuta fiscale del medico specialista che ha effettuato la visita.

**N.B.:** Le due prestazioni di cui sopra vengono erogate fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 2.000,00=.

## ANALISI ED ESAMI DIAGNOSTICI E DI LABORATORIO effettuati in regime privato

**Prestazioni:**

- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio.

La Cassa rimborsa le prestazioni con una **franchigia del 25%** della spesa sostenuta, fino alla concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 1.000,00=**.

**Documentazione:**

- richiesta di rimborso;
- ricevuta fiscale emesse dalla struttura sanitaria privata.

**N.B.:** Se le analisi e gli esami diagnostici vengono effettuati in strutture pubbliche: vedi tickets

## PRESTAZIONI DI CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, COBALTOTERAPIA E IPERTERMIA ONCOLOGICA

**Prestazioni:**

- La Cassa rimborsa queste prestazioni fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 7.750,00=**, senza l'applicazione di alcuna franchigia.

**Documentazione:**

- richiesta di rimborso;
- prescrizione del medico specialista con indicazione della patologia;
- ricevuta fiscale/fattura del medico specialista o della struttura sanitaria ove la prestazione è stata eseguita.

## TICKETS

**Prestazioni**

- La Cassa rimborsa le spese sostenute per prestazioni sanitarie, anche a titolo di esami di controllo e di prevenzione, sia mediche che di diagnostica, effettuate in regime di convenzione S.S.N., compresi i ticket relativi alle Cure Termali. Senza applicazione di alcuna franchigia

**Documentazione:**

- richiesta di rimborso;
- prescrizione del medico di base in fotocopia;
- ricevuta fiscale/fattura della struttura sanitaria pubblica od accreditata/convenzionata ove la prestazione è stata eseguita.

**N.B.:** Le fatture emesse dalle strutture private accreditate/convenzionate, devono indicare analiticamente gli esami effettuati e le corrispondenti tariffe applicate, distinguendo quelle riferite a tickets, secondo le tariffe stabilite con decreto dell'Organismo pubblico competente, Ministero della Sanità o Regione, da quelle applicate per prestazioni di carattere privato fornite dalla struttura sanitaria. Le fatture delle strutture private che riportano un unico importo per più di una prestazione senza fornire il dettaglio saranno ritenute non ticket e rimborsate secondo quanto previsto all'art. 6.3) del presente Regolamento Annuale delle prestazioni. Sono escluse dal rimborso le prestazioni non espressamente previste dal presente Regolamento Annuale delle prestazioni, anche se effettuate in regime di ticket.



## TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI LASERTERAPIA ED INFILTRAZIONI ARTICOLARI

### Prestazioni:

- **Trattamenti fisioterapici e rieducativi** effettuati da fisioterapisti diplomati ed abilitati che svolgono attività professionale nell'ambito o per conto di un Centro medico/sanitario di cui è responsabile un medico.

La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 1.000,00=**.

Le terapie rimborsabili, **in caso di patologie OSTEOARTICOLARI e MUSCOLOSCELETRICHE**, sono:

• <b>Decompressione discale</b>	• <b>Ionoforesi</b>	• <b>Mobilizzazioni articolari e vertebrali</b>
• <b>Diadinamica</b>	• <b>Ipertermia</b>	• <b>Rieducazione motoria</b>
• <b>Diatermia</b>	• <b>Irradiazione infrarossa</b>	• <b>Tecarterapia</b>
• <b>Elettroterapia</b>	• <b>Kinesiterapia</b>	• <b>Tens</b>
• <b>Ginnastica posturale</b>	• <b>Laserterapia</b>	• <b>Terapia ad onde d'urto</b>
• <b>Idrokinesiterapia</b>	• <b>Magnetoterapia</b>	• <b>Trazione scheletrica</b>
• <b>Infiltrazioni articolari</b>	• <b>Massoterapia</b>	• <b>Ultrasuonoterapia</b>

### Documentazione:

- richiesta di rimborso;
- prescrizione del medico specialista in ortopedia o fisioterapia con indicazione della patologia;
- ricevuta fiscale/fattura del centro medico presso il quale viene effettuata la prestazione o del fisioterapista abilitato che l'ha effettuata.

**N.B.:**

- Le infiltrazioni articolari, cioè la procedura medica che consiste nell'iniettare un farmaco direttamente all'interno delle articolazioni, vengono rimborsate se eseguite da medico specialista ortopedico o fisiatra e seguono le condizioni del presente paragrafo. Il rimborso delle infiltrazioni articolari è previsto per l'onorario del medico specialista ortopedico o fisiatra che le effettua e non per l'eventuale costo aggiuntivo del medicinale o delle sostanze infiltrate.
- I trattamenti fisioterapici effettuati al di fuori della competenza territoriale sanitaria di residenza del beneficiario devono essere opportunamente motivati.

#### **Sono escluse dal rimborso:**

- fatture/ricevute fiscali emesse da centri sportivi, piscine, palestre e luoghi simili anche se di questi è responsabile/titolare un medico o un fisioterapista. prestazioni mediche riguardanti trattamenti sclerosanti, ozonoterapia, ossigenoterapia, mesoterapia e simili;

**La Cassa si riserva di chiedere il referto dell'accertamento strumentale attraverso il quale è stata diagnosticata la patologia (osteoarticolare o muscoloscheletrica) per la quale viene effettuata l'infiltrazione articolare.**

## TRATTAMENTI LOGOPEDICI E RIABILITAZIONE PSICOMOTORIA PER BAMBINI FINO A 16 ANNI

### Prestazioni:

- trattamenti logopedici e riabilitazione psicomotoria per i beneficiari che non abbiano compiuto il sedicesimo anno di età.
- La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuo per beneficiario di € 1.500,00=**.

### Documentazione:

- richiesta di rimborso;
- prescrizione del medico specialista in pediatria;
- ricevuta fiscale emessa dal logopedista o dal terapeuta della psicomotricità.

## PRESTAZIONI OMEOPATICHE, AGOPUNTURA

### Prestazioni:

- Le visite mediche omeopatiche, le prestazioni di agopuntura, **effettuati esclusivamente da medico chirurgo**.
- La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 50%** e fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 500,00=**.

### Documentazione:

- richiesta di rimborso;
- certificazione del medico chirurgo che effettua la prestazione, con indicazione della patologia;
- ricevuta fiscale

## TRATTAMENTI CHIROPRACTICI ED OSTEOPATICI

**Prestazioni:**

- trattamenti chiropratici ed osteopatici, **effettuati esclusivamente da medico chirurgo**. La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 50%** e fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 500,00=**.

**Documentazione:**

- richiesta di rimborso;
- prescrizione di medico specialista in ortopedia o fisioterapia con indicazione della patologia;
- ricevuta fiscale.

## SOSTITUZIONE E RIPARAZIONE DI PROTESI DI PARTI ANATOMICHE

**Prestazioni:**

- acquisto di protesi di parti anatomiche e loro manutenzione e riparazione. La Cassa rimborsa le spese:
- acquisto con l'applicazione di una **franchigia del 20%** e fino a concorrenza del **massima di € 3.000,00=all'anno per beneficiario**.
- manutenzione e riparazione con l'applicazione di una **franchigia del 20%** e fino a concorrenza del **massima di € 1.000,00= all'anno per beneficiario**.

**Documentazione:**

- certificazione medica attestante la patologia;
- fattura del fornitore.

## INSEMINAZIONE ASSISTITA/FECONDAZIONE ASSISTITA

**Prestazioni:**

- spese sostenute, in casi di accertata infertilità, per le procedure d'inseminazione e/o fecondazione assistita (anche se effettuate in regime di ricovero), visite mediche, analisi, accertamenti diagnostici, controlli ed esami clinici, propedeutici o inerenti la prestazione di inseminazione/fecondazione assistita, ad esclusione di qualsiasi medicinale, fino a concorrenza del **massimale annuo e per nucleo familiare di € 1.500,00=**.

**Documentazione:**

- richiesta di rimborso;
- certificazione del medico specialista;
- documentazione di spesa.

**N.B.:** In caso di prestazioni di inseminazione/fecondazione non effettuate in Italia, la richiesta di rimborso deve essere obbligatoriamente accompagnata da relazione medica che attesti la conformità della pratica alle disposizioni di tempo in tempo vigenti nello Stato italiano.

## ODONTOIATRIA DA INFORTUNIO

**Prestazioni:**

- spese odontoiatriche relative della riparazione del solo elemento dentario eventualmente danneggiato, limitatamente al danno diretto subito e non a quello eventualmente indotto o causato da infortuni verificatisi precedentemente, né le conseguenze future che da tale infortunio possano derivare.

La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuo e per nucleo familiare di € 1.500,00=**.

**Documentazione:**

- richiesta di rimborso;
- certificato del pronto soccorso che ha riscontrato l'infortunio;
- ricevuta fiscale del medico specialista in odontoiatria.

**N.B.:** Dal referto del pronto soccorso dovrà essere evidente il collegamento tra l'infortunio e gli interventi odontoiatrici necessari.

## GRAVIDANZA

**Prestazioni:**

- in stato di gravidanza accertata, le visite medico - specialistiche ginecologiche e gli esami diagnostici anche se di controllo (comprese ecografie) fino a concorrenza **massima di € 2.500,00=**.
- Per **Amniocentesi e Villocentesi** eseguite in soggetti di età inferiore ai **35 anni compiuti**, con l'applicazione di una **franchigia del 50%**.
- Le visite cardiologia ed anestesiologicala propedeutiche al parto vengono rimborsate con le modalità e le condizioni previste per "Visite mediche specialistiche effettuate non a causa di patologia o per patologie non attinenti il titolo accademico di specializzazione del medico che le esegue"

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificazione del medico specialistica in ginecologia attestante lo stato di gravidanza;
- ▶ ricevuta fiscale del medico specialistica o della struttura sanitaria;

# PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

## RETE CONVENZIONATA tramite altro operatore - NEWMED

### I principali servizi offerti:

- accesso alla Rete di Strutture Sanitarie convenzionate fruendo di tariffe preferenziali e controllate;
- pagamento diretto delle prestazioni Ospedaliere per ricovero con o senza intervento chirurgico;
- altri servizi compresi nella rete Newmed, quali la "second opinion" che consiste nella possibilità di attivare consulti medici internazionali.

La rete convenzionata copre l'intero territorio nazionale.

Per prestazioni all'estero viene utilizzato il Network di MedNet International..

La rete convenzionata deve essere attivata tramite la centrale operativa di Newmed.

Per ottenere agevolazioni sulle prestazioni sanitarie erogate dalle Strutture convenzionate è necessario esibire il di tesserino identificativo, **valido per l'intero** nucleo familiare, in dotazione ai destinatari.

Per accedere all'**assistenza diretta** il Destinatario è tenuto ad inoltrare alla Centrale Operativa di Newmed, con preavviso di almeno due giorni, apposita richiesta a mezzo fax.

Le prestazioni relative a ricoveri e ad interventi chirurgici fruiti dal beneficiario nell'ambito della Rete Convenzionata presso Case di Cura, Ospedali e Istituti scientifici sono rimborsate secondo i termini e le modalità previsti dal presente Regolamento annuale delle prestazioni.

## TRASPORTO DEL BENEFICIARIO IN ITALIA

### Prestazioni:

- rimborsa le spese per il trasporto in Italia del beneficiario in ospedale o in istituto di cura, effettuato con ambulanza o eli-ambulanza fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 1.500,00=**.

Nel caso in cui l'assistito si trovi all'estero, verrà preso in considerazione il percorso dal confine alla struttura sanitaria, parametrando la spesa in funzione dei chilometri percorsi complessivamente dal luogo di partenza.

### Documentazione:

- **richiesta di rimborso;**
- **certificazione medica dello stato del paziente che necessita del particolare tipo di trasporto;**
- **fattura della ditta che effettua la prestazione.**

## PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE

### Prestazioni:

- assistenza infermieristica a domicilio da parte di infermiere diplomato.  
La Cassa rimborsa le prestazioni **€ 40,00** al giorno, per un **periodo massimo di 30 giorni**.

### Documentazione:

- **richiesta di rimborso;**
- **certificazione medica giustificativa;**
- **ricevuta fiscale/fattura riguardante la prestazione.**

## TRASPORTO ALL'ESTERO - ACCOMPAGNATORE

### Prestazione:

- servizi effettuati con vettore per il trasporto del beneficiario e di un eventuale accompagnatore all'estero, fino a concorrenza massima di **€ 1.500,00=** per evento e per nucleo familiare.
- in caso di ricovero con pernottamento del beneficiario, per un accompagnatore: vitto e pernottamento in Istituto di cura o in struttura alberghiera, qualora non sussistesse la disponibilità ospedaliera per ospitare, **€ 80,00** al giorno e fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di **€ 2.500,00=** ;

### Documentazione:

- **richiesta di rimborso;**
- **certificazione medica giustificativa;**
- **fattura riguardante la prestazione.**

**N.B.:** La prestazione è soggetta a preventiva autorizzazione da parte della Cassa Mutua.

## FORNITURE ORTOPEDICHE

**Prestazione:**

- forniture ortopediche, di apparecchiature fisioterapiche o di telemedicina, anche in noleggio, purchè prescritte in cartella clinica a seguito di ricovero o a seguito di infortunio documentato da referto del pronto soccorso.

La Cassa rimborsa le prestazioni fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 500,00=**.

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificazione medica giustificativa;
- ▶ fattura riguardante la prestazione.

## TRASPORTO DELLA SALMA

**Prestazioni:**

- In caso di morte del beneficiario all'estero rimborso delle spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia. La Cassa rimborsa le prestazioni fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 1.500,00=**.

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificato di morte;
- ▶ fattura della ditta che ha eseguito il trasporto o documentazione equipollente.

**N.B.:** Sono escluse dal rimborso le spese relative a cerimonie funebri, l'inumazione ed a quant'altro.

## ACQUISTO LENTI

**Prestazioni:**

- spese sostenute per l'acquisto delle sole lenti, comprese anche lenti a contatto a lunga durata, escluse quelle usa e getta. La Cassa rimborsa le prestazioni, per persona, con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale, e nei 24 mesi, di € 200,00=**.  
Per difetti di rifrazione superiori alle **4,5 diottrie** ad almeno un occhio il **massimale è elevato a € 300,00** nei 24 mesi.

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificazione del medico oculista **in originale** che attesti la modifica del visus indicando la differenza di diottrie rispetto ai valori precedenti;
- ▶ fattura dell'ottico con specifica indicazione del tipo di lenti e marca;
- ▶ prezzo delle sole lenti distinto dalla montatura.

**N.B.:** La prestazione, qualora la vista si modifichi ulteriormente, potrà essere ripetuta non prima che siano trascorsi 24 mesi dalla precedente, **tranne che per i bambini fino al compimento del 12° anno d'età**.  
**La prescrizione dell'oculista deve essere di data non anteriore di 90 giorni dall'acquisto.**

## ORTODONZIA

**Prestazioni:**

- cure ortodontiche - **sulla dentizione definitiva e non sui denti decidui** - comprensive di visite, prestazioni e apparecchiature, effettuate da medico dentista, e gli accertamenti radiologici necessari allo studio del caso (ortopantomica, telecranio, dentedent), **limitatamente agli assistiti che non abbiano compiuto il 18° anno di età**.

La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%**, per ogni visita e/o prestazione e/o apparecchiatura e fino a concorrenza del **massimale annuale per nucleo familiare e per anno sanitario di € 2.000,00=**.

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ programma ortodontico del medico dentista con indicazione della durata e del costo complessivi e del costo ripartito per gli anni di trattamento;
- ▶ ricevuta fiscale del dentista o ricevuta fiscale della struttura sanitaria pubblica con indicazione della prestazione ortodontica effettuata.

**N.B.:** La prestazione si interrompe al compimento del 18° anno di età dell'interessato.

## RECUPERO PER INTOSSICAZIONE DA STUPEFACENTI E/O ALCOLICI

**Prestazioni:**

- indennità per ricovero continuativo presso comunità terapeutiche riconosciute dallo Stato, da Regioni o da Comuni. La Cassa corrisponde al beneficiario un'indennità di € 2.000,00= per evento e per nucleo familiare.

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ dichiarazione della Comunità terapeutica che comprovi il compimento del programma terapeutico predisposto la cui durata non deve essere inferiore a 24 mesi.

**N.B.:** L'indennità sarà versata al compimento del biennio dal comprovato ricovero continuativo dell'Assistito in caso di maggior durata del programma.

## APPARECCHI ACUSTICI

**Prestazioni:**

- acquisto e l'eventuale riparazione di apparecchi acustici in caso di ipoacusia. La Cassa rimborsa le prestazioni, una sola volta, fino a concorrenza del **massimale di € 2.000,00=**. Nei 24 mesi.

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ prescrizione del medico otorino;
- ▶ esame audiometrico effettuato presso la struttura sanitaria pubblica;
- ▶ fattura del fornitore che fornisce o ripara l'apparecchiatura.

## PRESTAZIONI ALL'ESTERO

**Prestazioni:**

- prestazioni sanitarie previste dal Regolamento Annuale per le quali il beneficiario intende rivolgersi a strutture estere.

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso
- ▶ la documentazione così come richiesta da Cassa Mutua

**N.B.:** Le prestazioni devono essere preventivamente autorizzate dalla Cassa Mutua che si riserva di richiedere all'interessato tutta la documentazione che dovesse ritenere necessaria.

## OTTAVI INCLUSI (denti del giudizio)

**Prestazioni:**

- spese di estrazione degli ottavi (denti del giudizio) inclusi con esclusione della disodontiasia. La Cassa rimborsa, le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuale per nucleo familiare di € 750,00=**.

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ ortopantomica sulla quale deve essere riportato cognome e nome del beneficiario e data dell'esecuzione mediante fototimbro o pennarello indelebile;
- ▶ ricevuta fiscale del medico dentista che ha effettuato la prestazione.

**N.B.:** Il rimborso della prestazione sarà effettuato dopo che la Commissione medica della Cassa avrà esaminato l'ortopantomica, effettuata prima dell'intervento dalla quale dovrà risultare l'inclusione del/dei denti interessati. L'ortopantomica è, in ogni caso, rimborsata.

## ASPORTAZIONE DI NEI/NEVI

**Prestazioni:**

- spese per asportazione di nei/nevi con una patologia evolutiva, comunque effettuate da medico specialista in dermatologia. La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuale per componente del nucleo familiare di € 250,00=**.

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ referto dell'esame istologico;
- ▶ relazione del medico specialista in dermatologia che ha effettuato la prestazione.
- ▶ ricevuta fiscale.

**N.B.:** La prestazione è soggetta alla valutazione della Commissione medica della Cassa in relazione all'esito dell'esame istologico (che viene interamente rimborsato dalla Cassa) il quale deve dimostrare l'esistenza di una patologia evolutiva. Non vengono rimborsate le asportazioni di nei/nevi aventi carattere di prevenzione, effettuate in regime di pagamento privato. Le asportazioni effettuate presso le strutture del S.S.N., in regime di ticket, vengono rimborsate anche se effettuate a titolo di prevenzione

## RADIOLOGIA ODONTOIATRICA

**Prestazioni:**

- spese per accertamenti radiologici effettuati per patologie odontoiatriche e/o paradontali – ortopantomica, telecranio, tac dentascan, stratigrafia atm, radiografie indorali periapicali. La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuale per nucleo familiare di € 250,00=**.

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ ricevuta fiscale della struttura sanitaria di radiologia presso il quale è stato effettuato l'accertamento.

## GNATOLOGIA

**Prestazioni:**

- spese per visite gnatologiche e acquisto del dispositivo bite. La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuale per nucleo familiare di € 250,00=**.

**Documentazione:**

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ ricevuta fiscale del medico specialista in gnatologia che ha effettuato la visita.
- ▶ ricevuta fiscale del laboratorio odontotecnico che ha prodotto il dispositivo bite.

## ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Ai fini del raddoppio del massimale di cui all'art. 5) del Regolamento delle Prestazioni Sanitarie si considerano gli interventi appresso indicati:

### CARDIOCHIRURGIA

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

### CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

### NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

### CHIRURGIA TORACICA

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

### CHIRURGIA GENERALE

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.



**CHIRURGIA PEDIATRICA**

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

**CHIRURGIA GINECOLOGICA**

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia.

**CHIRURGIA ORTOPEDICA**

- Artroprotesi totale di spalla.
- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

**CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA E MAXILLO-FACCIALE**

- Interventi demolitivi del massiccio facciale.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

**CHIRURGIA UROLOGICA**

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

**TRAPIANTI D'ORGANO**

- Tutti.