

**CONVENZIONE PER L'EROGAZIONE IN FORMA DIRETTA DI
PRESTAZIONI SANITARIE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA**

tra

Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio – Società di Mutuo Soccorso (di seguito denominato anche “Ente Mutuo”) con sede in Corso Venezia n. 49 – 20121 Milano, codice fiscale n. 80056730155, rappresentato dal Vicepresidente Delegato Cav. Uff. Carlo Alberto Panigo

e

ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO (di seguito denominato Convenzionato), Codice Fiscale e Partita Iva n. 09320530968 in persona del legale rappresentante Direttore Generale dott. Francesco Saverio Laurelli con sede a Milano in piazza A. Ferrari, 1 – 20122, per le seguenti Strutture eroganti:

- Presidio Ospedaliero Pini – Piazza A. Ferrari, 1 – 20122 Milano
- Presidio Ospedaliero CTO – Via Bignami, 1 – 20126 Milano
- Polo Riabilitativo Fanny Finzi Ottolenghi – Via Isocrate, 19 – 20126 Milano

PREMESSO

che l'**Ente Mutuo**:

- promuove e gestisce, con formule differenziate e contraddistinte con caratteri alfanumerici (*B, C, D e Dplus*), un sistema mutualistico per gli operatori, nonché i componenti del loro nucleo familiare, aderenti alla Confcommercio – Imprese per l'Italia – Associazioni provinciali della Lombardia, nonché alle Associazioni costituenti Confcommercio a carattere interprovinciale, regionale e interregionale;
- intende razionalizzare l'erogazione in forma diretta delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera (in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery e interventi di chirurgia ambulatoriale) per soddisfare al meglio le esigenze dei propri associati;
- manifesta, nell'ambito di una sana e corretta considerazione dei vincoli di bilancio, l'intenzione di stipulare convenzioni mirate con strutture rispondenti a criteri che soddisfino i requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività sanitaria, previsti dalla normativa vigente della Regione Lombardia;
- ritiene di adottare programmi automatizzati, al fine di facilitare le procedure amministrative e l'accesso dei propri mutuatati presso i centri eroganti i servizi, snellendo gli adempimenti burocratici;

- ritiene necessario pervenire quanto prima, anche se con l'indispensabile gradualità, alla riclassificazione concertata delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e dei servizi oggetto della presente convenzione, raggruppando unità complesse e integrate di atti medici e servizi tecnico-alberghieri ed assistenziali (c.d. pacchetto) con compensi da determinarsi a forfait;

- ritiene di applicare sui costi per le prestazioni sanitarie erogate a favore degli iscritti nell'elenco di Ente Mutuo meccanismi di sconto per scaglioni di fatturato;

e che il **Convenzionato:**

- dichiara di essere in possesso delle autorizzazioni sanitarie prescritte dalla normativa vigente per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera previste dalla presente convenzione (allegato D);

- manifesta l'intenzione di sottoscrivere con l'Ente Mutuo un accordo per l'erogazione in forma diretta delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera (in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery e interventi di chirurgia ambulatoriale) in favore degli iscritti negli elenchi dell'Ente Mutuo;

- ritiene di adottare programmi automatizzati, al fine di facilitare le procedure amministrative e l'accesso dei propri mutuatari presso i centri eroganti i servizi, snellendo gli adempimenti burocratici;

- condivide di pervenire con Ente Mutuo ad una riclassificazione concertata delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e dei servizi oggetto della presente convenzione, raggruppando unità complesse e integrate di atti medici e servizi tecnico-alberghieri ed assistenziali (c.d. pacchetto) con compensi da determinarsi a forfait;

- condivide di adottare sui costi per le prestazioni sanitarie erogate a favore degli iscritti nell'elenco di Ente Mutuo meccanismi di sconto per scaglioni di fatturato

- condivide, per la sola Struttura Polo Riabilitativo Fanny Finzi Ottolenghi – Via Isocrate, 19 – 20126 Milano, di adottare tariffe agevolate per gli iscritti nelle liste di Ente Mutuo, indipendentemente dalla possibilità o meno di erogare i relativi servizi di detta Struttura in forma diretta.

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Articolo 1: Premesse

1.1 Le premesse sono parte integrante della presente convenzione.

Articolo 2: Oggetto

2.1 Il presente accordo disciplina i rapporti fra le due Parti aventi per oggetto l'erogazione in forma diretta delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera (in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery e interventi di chirurgia ambulatoriale) in conformità a quanto previsto al punto 2.2 del presente articolo.

2.2 Per prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera si intendono tutte quelle indicate nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato A), parte integrante e sostanziale della presente convenzione.

2.3 Esulano dal presente accordo e devono essere posti a carico esclusivo dell'assistito, senza possibilità di ottenere il rimborso indiretto dall'Ente Mutuo:

- ogni prestazione sanitaria non espressamente prevista dal "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" di cui all'allegato A;
- ogni prestazione sanitaria, anche se prevista nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" di cui all'allegato A, ma non rimborsabile a termine del vigente "Regolamento delle Assistenze dell'Ente Mutuo" (allegato B) ed in particolare che possano essere riconducibili alle esclusioni indicate nell'art. 11 del Regolamento Ente Mutuo, quali, a titolo esemplificativo, i ricoveri per accertamenti diagnostici in qualsiasi regime di degenza, i ricoveri per cure riabilitative ed i ricoveri per cure convalescenziari, per patologie terminali e/o per cure palliative e tutte le applicazioni di carattere estetico e chirurgico dermatologico comprese tutte le neoformazioni cutanee benigne (nevi, verruche, lipomi, cisti ecc.);
- ogni prestazione sanitaria per esami pre-ricovero a cui non segua il ricovero/intervento dell'iscritto nelle liste di Ente Mutuo presso la struttura sanitaria del Convenzionato, a seguito di esplicita scelta dell'iscritto medesimo;
- ogni altra prestazione sanitaria non prevista dal presente accordo;
- le spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, bollo, ecc.

Il Convenzionato fatturerà le suddette prestazioni direttamente a carico dell'assistito.

2.4 In deroga a quanto previsto nei commi precedenti e limitatamente alla sola Struttura "Polo

Riabilitativo Fanny Finzi Ottolenghi” – Via Isocrate, 19 – 20126 Milano, il convenzionato applicherà tariffe agevolate, così come meglio dettagliate nel documento allegato “Allegato A” che costituisce parte integrante del presente accordo, per i servizi erogati in forma indiretta agli iscritti nelle liste di Ente Mutuo e che verranno direttamente fatturati e liquidati all’iscritto nelle liste di Ente Mutuo.

Articolo 3: Massimale di spesa, Limiti delle differenziate forme di assistenza e preventiva apposita Autorizzazione

3.1 Il Convenzionato conosce ed accetta che:

3.1.1 Gli iscritti negli elenchi dell’Ente Mutuo, a secondo della forma di assistenza prescelta, potranno fruire delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, previste dalla presente convenzione, nell’ambito del massimale complessivo annuale di spesa per persona per l’assistenza ospedaliera deciso, di anno in anno, dal Consiglio di Amministrazione dell’Ente Mutuo e previa apposita “Autorizzazione” (allegato C2-C2TO-C3), rilasciata esclusivamente e direttamente dall’Ente Mutuo su richiesta della struttura sanitaria convenzionata.

3.1.2 In caso di superamento del massimale di spesa, il rimborso delle prestazioni in forma diretta opererà entro il limite del massimale di spesa e l’iscritto negli elenchi dell’Ente Mutuo dovrà contribuire al pagamento dell’importo eccedente il massimale.

3.1.3 Gli assistiti delle forme tipo “B” non potranno fruire della presente convenzione in forma diretta. Le medesime prestazioni potranno essere eseguite privatamente con oneri a carico dell’assistito, alle tariffe pattuite e riportate nell’allegato “Nomenclatore tariffario dell’assistenza ospedaliera”.

3.1.4. Gli assistiti delle forme tipo “C” e “D” potranno accedere direttamente alle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, sostenendo un costo pari al 20% (venti) di quanto dovuto, in forza della presente convenzione stipulata da Ente Mutuo, mentre il restante 80% (ottanta) verrà saldato direttamente dall’Ente Mutuo, come da Art. 10.2.2 e 10.2.4 del Regolamento delle Assistenze, fatta eccezione per i trattamenti di terapia medica oncologica in ricovero ordinario o in day-hospital per chemioterapia antitumorale, immunoterapia, ormonoterapia, terapia di supporto per i quali il costo da sostenersi per gli assistiti delle forme “C” e “D” sarà pari al 60% (sessanta), come da Art. 10.2.7 del regolamento delle Assistenze.

3.1.5 Gli assistiti della forma “D plus” potranno accedere direttamente alle prestazioni sanitarie

in regime di assistenza ospedaliera senza sostenere alcun onere, come da Art. 10.2.3 e 10.2.5 del Regolamento delle Assistenze, fatta eccezione per i trattamenti di terapia medica oncologica in ricovero ordinario o in day-hospital per chemioterapia antitumorale, immunoterapia, ormonoterapia, terapia di supporto per i quali il costo da sostenersi per gli assistiti della forma “*D plus*” sarà pari al 60% (sessanta), come da Art. 10.2.7 del regolamento delle Assistenze.

Articolo 4: Ambito di applicazione

4.1 La presente convenzione opera esclusivamente nell’ambito del massimale annuo di spesa di cui all’articolo 3 della presente convenzione e con il rilascio dell’apposita preventiva “Autorizzazione” di Ente Mutuo che dovrà essere richiesta ad Ente Mutuo tassativamente dal Convenzionato.

4.2 Per il ricovero in elezione (ricovero programmato) e per la chirurgia ambulatoriale, il Convenzionato dovrà richiedere l’ “Autorizzazione” almeno 72 (settantadue) ore prima dall’accettazione.

4.3 Per gravi e comprovate urgenze mediche, il Convenzionato dovrà richiedere l’ “Autorizzazione” al momento dell’accettazione dell’assistito.

4.4 L’ “Autorizzazione” è rilasciata al Convenzionato esclusivamente e direttamente dall’Ente Mutuo.

4.5 In conformità alle disposizioni previste dall’art. 10 del Regolamento di Ente Mutuo, l’autorizzazione relativa al ricovero in elezione, ovvero inerente qualsivoglia periodo di degenza presso il Convenzionato, copre la degenza dell’avente diritto per un periodo strettamente correlato alla patologia clinica per la quale si è chiesto il ricovero e comunque per un periodo massimo di 10 (dieci) giorni dalla data del ricovero stesso. Il periodo indicato è soggetto a proroga autorizzata da Ente Mutuo dietro esplicita richiesta del Convenzionato, ricevuta da Ente Mutuo 48 (quarantotto) ore prima lo scadere dei 10 (dieci) giorni di degenza.

Articolo 5: Impegni del Convenzionato e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie

5.1 Il Convenzionato, attraverso la propria struttura ed organizzazione, si impegna a verificare, nel rispetto della normativa vigente, la regolarità dell’iter burocratico per poter erogare le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera richieste dagli iscritti negli elenchi dell’Ente Mutuo, nonché l’appropriatezza delle stesse.

5.2 Il Convenzionato, espletate le verifiche di cui all’articolo precedente, attraverso la propria

organizzazione, con i sanitari che hanno aderito alla presente convenzione ed entro i limiti della propria capacità ricettiva, si impegna a prestare l'assistenza sanitaria agli iscritti negli elenchi dell'Ente Mutuo, nel rispetto delle procedure indicate nella presente convenzione.

5.3 Il Convenzionato si impegna inoltre a:

- a) accertarsi che gli iscritti nell'elenco dell'Ente Mutuo siano, in modo completo e dettagliato, informati sulla operatività della presente convenzione e sulle prestazioni effettivamente erogabili tramite la convenzione in oggetto;
- b) far sottoscrivere all'iscritto negli elenchi dell'Ente Mutuo, per accettazione, la richiesta di assistenza ospedaliera/chirurgia ambulatoriale (allegato C1 - parte integrante del presente contratto), con le informative ivi indicate in ordine all'operatività della presente convenzione;
- c) richiedere apposita autorizzazione all'Ente Mutuo in ordine all'erogazione delle prestazioni sanitarie ospedaliere in forma diretta, mediante i moduli:
 - richiesta di autorizzazione alle prestazioni in convenzione diretta modulo generale (allegato C2);
 - richiesta di autorizzazione alle prestazioni in convenzione diretta per trattamenti oncologici (allegato C2TO);
 - richiesta di autorizzazione alle prestazioni in convenzione diretta per chirurgia ambulatoriale (allegato C3).

Tutti gli allegati alla presente convenzione devono essere debitamente compilati in ogni loro parte e trasmessi via mail all'indirizzo di posta elettronica appositamente dedicato, specificando le prestazioni sanitarie secondo la codifica indicata nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera";

- d) far sottoscrivere all'assistito, per accettazione, il preventivo di spesa.

5.4 Il Convenzionato, qualora l'Ente Mutuo non dovesse autorizzare, per qualsiasi motivo, le prestazioni in forma diretta, eseguirà le stesse privatamente con oneri a carico dell'assistito, alle tariffe pattuite e riportate nell'allegato "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera", informando tempestivamente l'assistito.

5.5 Il Convenzionato dovrà tempestivamente informare l'assistito e l'Ente Mutuo nel caso in cui, per comprovate esigenze dovute a complicità del caso clinico, la degenza dell'assistito dovesse protrarsi oltre le giornate di degenza riportate nell'autorizzazione preventiva (allegato C2-C2TO).

Articolo 6: Procedura per l'ottenimento della autorizzazione per l'erogazione di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera in forma diretta

6.1 La richiesta di autorizzazione dovrà essere trasmessa all'Ente Mutuo – Ufficio Convenzioni – almeno 72 (settantadue) ore prima dall'accettazione dell'iscritto negli elenchi dell'Ente Mutuo presso la struttura sanitaria del Convenzionato, per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, unicamente a mezzo mail al seguente indirizzo di posta elettronica appositamente dedicato: assistenzaospedaliera@entemutuomilano.it.

6.2 L'Ente Mutuo comunicherà tempestivamente l'operatività o meno dell'assistenza, prima che il Convenzionato eroghi le prestazioni sanitarie. Con la stessa comunicazione l'Ente Mutuo si impegna all'assunzione o meno della propria obbligazione al rimborso diretto delle prestazioni sanitarie.

6.3 La comunicazione di assunzione o meno dell'obbligazione al rimborso dovrà essere comunicata all'Ufficio Solventi del Convenzionato a mezzo mail al seguente indirizzo di posta elettronica: privatiricoveri@asst-pini-cto.it -.

6.4 In caso di variazione del trattamento rispetto al piano di cure autorizzato, il Convenzionato dovrà darne tempestiva comunicazione all'Ente Mutuo nelle forme e modi previsti nei punti precedenti per acquisire l'autorizzazione alla variante, utilizzando lo stesso modulo adoperato per la richiesta iniziale di autorizzazione (allegato C2, allegato C2TO, allegato C3).

6.5 Il modulo adoperato per la richiesta iniziale di autorizzazione deve essere utilizzato dal Convenzionato per la richiesta di proroga dell'autorizzazione come normata dall'articolo 4 comma 4.5.

Articolo 7: Ricoveri ordinari

7.1 Per i ricoveri il Convenzionato metterà a disposizione dell'assistito una camera da letto singola, in apposito reparto, dotata di servizio igienico proprio.

7.2 Sarà consentito, senza aggravio di costo e qualora la camera da letto messa a disposizione sia predisposta, il pernottamento in camera di un accompagnatore.

Articolo 8: Rimborsi

8.1 L'Ente Mutuo rimborserà direttamente al Convenzionato i corrispettivi per le prestazioni erogate a favore degli iscritti negli elenchi dell'Ente Mutuo solo se preventivamente autorizzate ed esclusivamente in base ai codici ed alle relative tariffe pattuite, indicati nel "Nomenclatore tariffario

dell'assistenza ospedaliera”.

8.2 In caso di rilascio di “Autorizzazione” per prestazioni sanitarie il cui onere porta al superamento del massimale annuale di spesa, sarà indicata sull'autorizzazione stessa la quota residua del massimale di spesa, mentre la rimanente parte dei corrispettivi per le prestazioni erogate sarà a carico dell'iscritto negli elenchi di Ente Mutuo; tale quota rimanente verrà trattenuta dal Convenzionato a titolo di acconto sulla spesa complessiva, senza alcuna possibilità, per il Convenzionato, di addebito ad Ente Mutuo.

8.3 I costi sostenuti dal Convenzionato per l'erogazione di prestazioni sanitarie ospedaliere in assenza di preventiva “Autorizzazione”, rimarranno a carico dell'iscritto negli elenchi di Ente Mutuo, senza alcuna possibilità per il Convenzionato e/o per l'iscritto negli elenchi di Ente Mutuo di richiederne il rimborso a Ente Mutuo.

8.4 Analogamente se il Convenzionato non avrà ottemperato alla corretta informazione dell'assistito sulla mancanza di autorizzazione da parte dell'Ente Mutuo o su prestazioni sanitarie che non rientrano nella convenzione, il Convenzionato non potrà richiederne il rimborso né all'iscritto negli elenchi di Ente Mutuo né all'Ente Mutuo.

Articolo 9: Corrispettivi

9.1 Il Convenzionato garantisce che i corrispettivi per le prestazioni sanitarie indicate nel “Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera” di cui all'allegato A sono inferiori rispetto ai corrispettivi fissati dal tariffario privato adottato dal Convenzionato, impegnandosi a mantenere invariata la percentuale di differenza anche nel caso di riduzione, sia pure parziale e transitoria, del proprio tariffario privato.

9.2 Le Parti convengono di disciplinare, mediante apposito accordo, eventuali meccanismi di sconto dei rimborsi per le prestazioni erogate, in rapporto al raggiungimento di determinate aliquote di fatturato.

9.3 Eventuali variazioni dei corrispettivi e delle voci indicate nel “Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera” dovranno essere concertate tra Ente Mutuo ed il Convenzionato e formalizzate entro e non oltre il termine previsto dall'art. 15.

Le nuove prestazioni sanitarie e le variazioni economiche concordate entreranno in vigore con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno solare successivo.

Articolo 10: Rendiconto delle prestazioni eseguite e richiesta dei corrispettivi

10.1 L'addebito dei corrispettivi dovrà essere fatto all'Ente Mutuo per ogni evento e per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera eseguite e che figurano sulle autorizzazioni rilasciate nel bimestre precedente.

10.2 Per ogni singolo evento il Convenzionato si impegna a trasmettere all'Ente Mutuo in originale:

- modulo (allegato C1) sottoscritto all'atto dell'accettazione dagli assistiti dell'Ente Mutuo;
- l'"Autorizzazione" al ricovero, con il numero identificativo di tessera dell'iscritto negli elenchi dell'Ente Mutuo (allegato C2; allegato C2TO; allegato C3), nonché ogni autorizzazione in proroga concessa da Ente Mutuo;
- copia conforme della cartella clinica;
- fatture di addebito in originale ed ai sensi della normativa vigente, con dettaglio delle prestazioni erogate e con evidenziata l'eventuale quota posta a carico dell'assistito.

10.3 La documentazione richiesta in originale dovrà essere spedita a mezzo raccomandata A.R. o consegnata, a fronte del rilascio di ricevuta, direttamente alla sede di Ente Mutuo - Corso Venezia n° 49 - 20121 Milano.

10.4 L'Ente Mutuo, effettuati i necessari riscontri amministrativo-sanitari e verificata la validità della documentazione presentata per la richiesta di rimborso, effettuerà il pagamento delle indicate note di addebito entro il giorno 10 dei mesi di marzo – maggio – luglio – novembre ed entro la fine dei mesi di gennaio e settembre, per le notule pervenute entro il giorno 15 del mese precedente al pagamento, salvo impedimenti di carattere eccezionale.

10.5 Le richieste di rimborso dei corrispettivi per le pratiche carenti della documentazione prevista nei punti precedenti o in assenza di evasione della richiesta di ulteriore documentazione relativa all'erogazione delle prestazioni sanitarie, verranno respinte dall'Ente Mutuo senza possibilità per il Convenzionato di richiedere il relativo rimborso né all'Ente Mutuo né direttamente all'iscritto negli elenchi dell'Ente Mutuo.

10.6 Il Convenzionato, ai fini dell'accredito dei rimborsi, dichiara le seguenti coordinate bancarie:

Intestatario del conto corrente: ASST CENTRO S.O.T. GAETANO PINI - CTO

Codice IBAN: IT21 S030 6909 4541 0000 0046 010

Si precisa che l'Ente Mutuo essendo sostituto d'imposta è tenuto ad adoperare la ritenuta fiscale di

legge (D.P.R. 29 settembre 1973 n° 600 art. 23 e art. 25).

Si precisa inoltre che ai sensi dell'Art. 1, commi da 38 a 42, della Legge n° 296 del 27 dicembre 2006, il Convenzionato è tenuto a comunicare le coordinate bancarie dei Sanitari che svolgono attività di lavoro autonomo mediche e paramediche presso la struttura sanitaria del Convenzionato stesso.

Articolo 11: Controllo di qualità

11.1 Il Convenzionato garantisce che le prestazioni contemplate dal presente accordo riflettono i livelli di qualità garantiti dai requisiti sanitari, strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi previsti dalla normativa vigente della Regione Lombardia e sono erogate in osservanza delle linee guida e dei protocolli diagnostico-terapeutici, certificati dalle principali società scientifiche per ciascuna prestazione.

11.2 Il Convenzionato si impegna a fornire, su richiesta dell'Ente Mutuo, ogni documentazione per dirimere eventuali controversie.

Articolo 12: Responsabilità professionale nell'erogazione delle prestazioni

12.1 Per quanto concerne eventuali riflessi di responsabilità in ordine alla deontologia professionale ed ai criteri medico legali che disciplinano la professione sanitaria, le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera si intendono effettuate sotto la diretta responsabilità del Convenzionato e dei sanitari operanti sotto il controllo del Convenzionato stesso. Più specificatamente, il Convenzionato è responsabile verso gli Assistiti per qualsiasi danno cagionato, a qualsivoglia titolo e natura, dallo stesso e/o dal suo personale/dai suoi collaboratori, dai suoi subappaltatori e/o relativi dipendenti/collaboratori, dalle imprese delle quali il Convenzionato si avvale e/o dai relativi dipendenti/collaboratori di queste ultime, esclusivamente nel corso dell'esecuzione dei servizi oggetto della presente convenzione e/o in conseguenza della violazione delle disposizioni/dichiarazioni in essa contenute.

Il Convenzionato è pertanto l'unico responsabile del corretto adempimento delle attività previste a suo carico nella presente convenzione; in particolare è responsabile civilmente ai sensi di legge a titolo di risarcimento dei danni involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di fatti relativi esclusivamente allo svolgimento dell'attività in essa prevista.

Articolo 13: Non esclusività

13.1 La presente convenzione non è in esclusiva e l'Ente Mutuo ha la facoltà di stipulare convenzioni

analoghe con altre strutture sanitarie.

Articolo 14: Rilevazione di reclami

14.1 Allo scopo di rilevare la soddisfazione degli iscritti nell'elenco dell'Ente Mutuo per le prestazioni erogate attraverso la presente Convenzione, le parti attivano sistemi di rilevazione dei reclami e delle opinioni degli utenti; la struttura erogante si impegna ad informare prontamente l'Ente Mutuo su qualsiasi controversia insorta con gli assistiti.

Articolo 15: Modifiche e Durata

15.1 Il presente accordo non è modificabile in alcuna delle sue parti senza l'espressa approvazione di entrambi i contraenti.

15.2 Il presente accordo ha validità a partire dalla data della sottoscrizione e fino al 31 dicembre 2025 e potrà essere rinnovato tacitamente, dopo la prima scadenza, di anno in anno, salvo disdetta da parte di una dei contraenti, a mezzo raccomandata A.R., da comunicarsi con un preavviso di giorni 60 (sessanta) rispetto alla scadenza.

15.3 E' fatta salva, per ambo le Parti, la possibilità di recedere anticipatamente dalla convenzione, dandone preventiva comunicazione alla controparte a mezzo lettera raccomandata A.R. con almeno 60 (sessanta) giorni di preavviso.

15.4 Nessuna delle parti potrà pretendere indennità di qualsiasi natura in caso di mancato rinnovo del presente accordo o di sua anticipata risoluzione.

Articolo 16 Autorizzazione al trattamento dei dati personali

16.1 Ciascuna parte precisa che i dati personali dei dipendenti, collaboratori, consulenti e/o incaricati dell'altra parte, contenuti nel presente Contratto o comunque comunicati od acquisiti nel corso della sua esecuzione, saranno trattati, anche tramite mezzi elettronici, nel rispetto dalla normativa vigente in tema di protezione dei dati personali, allo scopo di adempiere alle obbligazioni contenute nel presente Contratto, nonché per controllare e valutare la relazione tra le parti e/o per adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e/o ordini di pubbliche autorità. I dati in questione potranno essere comunicati a professionisti, consulenti, istituti di credito e/o altre società del gruppo di appartenenza di ciascuna Parte, sia in Italia che all'estero (sia in Paesi UE che extra UE), per il conseguimento delle finalità sopra indicate ed in conformità alla vigente normativa.

16.2 Con la firma del presente contratto si esprime il consenso al trattamento dei dati personali ed in

particolare alle comunicazioni dell'Ente Mutuo nei confronti delle banche, delle società che gestiscono servizi collaterali, dei propri consulenti nonché alla comunicazione dei dati secondo le finalità dell'Informativa.

Articolo 17: Trattamento dei dati personali: Contitolarità

17.1 Ai sensi di quanto previsto dal Regolamento UE/2016/679 (GDPR) e del D. Lgs. 196/03, l'Ente Mutuo e il Convenzionato compiono operazioni di trattamento dati necessari nell'ambito della funzione di erogazione di prestazioni sanitarie agli associati, con l'intesa che dovranno operare osservando quanto previsto e concordato a tal proposito nella presente Convenzione.

A tal fine Ente Mutuo e il Convenzionato risultano essere contitolari relativamente al trattamento dati degli iscritti secondo quanto previsto nella presente convenzione, in quanto si occupano dell'erogazione delle prestazioni sanitarie di cui all'art 2 nelle modalità indicate nella presente convenzione, in particolare agli art 4 e 5; nello specifico il Convenzionato tratterà i dati degli iscritti per l'erogazione della prestazione sanitaria, mentre Ente Mutuo per il pagamento di dette prestazioni. A tal fine, oltre quanto previsto nella presente convenzione, viene qui richiamato l'allegato E contenente l'indicazione delle modalità e misure di sicurezza adottate per il trattamento dati, e i moduli operativi ivi richiamati.

Articolo 18: Dichiarazioni mendaci

18.1 L'Ente Mutuo in caso di dichiarazioni non veritiere, ovvero in caso di mancata produzione della documentazione inerente alla presente convenzione entro 30 (trenta) giorni dalla richiesta, potrà risolvere la presente convenzione, salvo il risarcimento dei danni dallo stesso subiti e ferme restando le sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci.

Articolo 19: Clausola risolutiva espressa

19.1 Le parti convengono espressamente che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 codice civile, la presente convenzione si risolva nel caso di:

- mancato rispetto delle disposizioni previste dall'articolo 4 (Ambito di applicazione)
- mancato adempimento delle disposizioni previste dall' articolo 5 (Impegni del Convenzionato e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie)

In tali casi, la risoluzione si verifica, di diritto, quando la parte interessata dichiara all'altra, mediante raccomandata A.R., che intende valersi della clausola risolutiva.

Articolo 20: Controversie

20.1 In caso di controversie, previa contestazione delle inadempienze riscontrate, Ente Mutuo si riserva la facoltà di sospendere temporaneamente la convenzione.

20.2 Le parti concordano di deferire, al solo fine di trovare un accordo bonario, la risoluzione sulle controversie di carattere amministrativo e / o sanitario, sorte in ordine alle prestazioni oggetto della presente convenzione, ad una commissione paritetica, formata da uno o più consulenti dell'Ente Mutuo e da un ugual numero di consulenti scelti dal Convenzionato.

20.3 Alla commissione di cui sopra, sempre ai fini di un componimento amichevole delle controversie, potrà essere devoluta anche la risoluzione delle controversie in ordine ai rimborsi e al relativo processo di liquidazione.

20.4 Resta naturalmente inteso che in assenza di un componimento bonario delle controversie le parti potranno sempre ed in ogni momento deferire la risoluzione delle stesse all'autorità Giudiziale competente

Articolo 21: Foro competente

21.1 In caso di controversie le parti eleggono quale foro competente esclusivamente quello di Milano.

Articolo 22: Allegati e patti ad essi connessi

22.1 Sono parte integrante del presente atto:

- Il Nomenclatore Tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato A).
- Il Regolamento delle Forme di Assistenza tipo B – C – D – Dplus dell'Ente Mutuo (allegato B).
- Modulo da compilare all'atto dell'accettazione presso il Convenzionato per l'erogazione in forma diretta delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera (allegato C1).
- Modulo di "Autorizzazione" di Ente Mutuo all'assistenza ospedaliera, (allegato C2, allegato C2TO, allegato C3).
- Modulo di Documentazione e Dati inerenti alla Convenzione (allegato D).
- Trattamento dati (allegato E).

22.2 L'Ente Mutuo si riserva la facoltà di richiedere tutta la documentazione relativa ai punti precedenti.

22.3 L'Ente Mutuo si riserva il diritto di inserire tutto o parte del presente accordo e dei relativi

allegati nelle pubblicazioni a stampa o in formato digitale, nelle circolari informative ai propri associati e sul sito internet dell'Ente e link collegati.

22.4 L'Ente Mutuo si farà carico di dare comunicazione preliminare dell'elenco dei sanitari aderenti alla presente convenzione ai propri assistiti in modo che possano operare una libera scelta.

22.5 Il Convenzionato si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Ente Mutuo le variazioni nominative dei sanitari eventualmente sopraggiunte.

22.6 Il Convenzionato si impegna a comunicare immediatamente all'Ente Mutuo qualsiasi variazione di quanto dichiarato nella presente convenzione.

Articolo 23: Rinvio

23.1 Per quanto non espressamente stabilito dalla presente convenzione le parti fanno riferimento alle relative disposizioni del Codice Civile.

Articolo 24: Novazione oggettiva


24.1 La sottoscrizione del presente contratto ha, ai sensi dell'art. 1230 c.c., carattere innovativo rispetto ad eventuali passati accordi che dovessero essere intercorsi tra le parti e che, con la sottoscrizione del presente accordo si intendono consensualmente risolti e definiti, fatto salvo per la regolazione delle fatture ancora da emettere relative ai costi delle prestazioni sanitarie autorizzate e già usufruite dagli iscritti negli elenchi dell'Ente Mutuo.


Articolo 25: Disposizioni finali

25.1 La presente convenzione è formata da n° 15 (quindici) pagine, oltre gli allegati individuati con le lettere da A ad E, i quali tutti formano parte integrante del presente contratto.

25.2 Le imposte e gli oneri per eventuali registrazioni della presente convenzione sono da intendersi a carico dell'Ente Mutuo.

Milano, 16 MAR. 2020


**Legale Rappresentante della
Struttura Sanitaria Convenzionata**


Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio
Società di Mutuo Soccorso


**Vice Presidente Delegato
Cav. Uff. Carlo Alberto Panigo**


Articolo 26: Clausole vessatorie

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del C.C. le parti dichiarano di conoscere e di espressamente accettare le clausole contenute negli articoli seguenti della Convenzione:

Art. 4: Ambito di applicazione; Art.5: Impegni del Convenzionato e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie; Art. 8: Rimborsi; Art. 11: Controllo di qualità; Art. 15: Modifiche e durata; Art. 16: Autorizzazione al trattamento dei dati personali; Art. 17: Trattamento dei dati personali: Contitolarità; Art. 18: Dichiarazioni mendaci; Art. 19: Clausola risolutiva espressa; Art. 20: Controversie; Art. 21: Foro competente; Art. 22 Allegati e patti ad essi connessi; Art. 24 Novazione oggettiva.

Milano, 16 MAR. 2020


**Legale Rappresentante della
Struttura Sanitaria Convenzionata**


Este Mutuo Regionale Unione Confcommercio
Società di Mutuo Soccorso

**Vice Presidente Delegato
Cav. Uff. Carlo Alberto Panigo**

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Convenzione Indiretta

ASST Centro polispecialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini

Polo Riabilitativo Fanny Finzi Ottolenghi

		Prestazione	
		RETTE DI DEGENZA - TARIFFE DELLA STRUTTURA	
DEG	0002	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno con o senza intervento chirurgico in camera con letto singolo e secondo letto o divano letto per accompagnatore	320,00
		RICOVERO NOTTURNO OPPURE RICOVERO DIURNO	

Prestazioni in regime di ricovero riabilitativo

sconto 15%
sulle tariffe
private

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

ASST Centro polispecialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini

Presidio Ospedaliero Gaetano Pini

BRANCA	COD. E.M.	Prestazione	Tariffa in €
VISITE SPECIALISTICHE - CONSULTI			
		Premesse specifiche di branca: I compensi per le visite specialistiche dell'intera équipe medica-chirurgica-anestesiologica curante eseguite in regime di ricovero con degenza notturna o diurna (day hospital-day surgery) con o senza intervento chirurgico sono compresi nelle tariffe esposte per ogni singolo intervento od assistenza medica.	
VSCONS	0001	Visita specialistica/consulenza/consulto eseguito in regime di ricovero notturno da medico specialista non appartenente all'équipe medico chirurgica-anestesiologica curante, documentata in cartella clinica, per approfondimento del quadro clinico o per l'insorgenza di complicanze	103,00
RETTE DI DEGENZA - TARIFFE DELLA STRUTTURA			
DEG	0002	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno con o senza intervento chirurgico in camera con letto singolo e secondo letto o divano letto per accompagnatore	350,00
DEG	0003	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno con o senza intervento chirurgico adottata per la differenza di classe (comfort alberghiero) ad integrazione del S.S.N. per camera singola con letto o divano letto per accompagnatore - uso del letto accompagnatore compreso della tariffa esposta	350,00
DEG	0004	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero diurno (day hospital) per chemioterapia, cure oncologiche e terapia del dolore o (day-surgery) per interventi chirurgici	350,00
PRESIDI E PROTESI			
PROTESI	0001	Endoprotesi	55% del costo
ATTI NON RICOMPRESI NELLE TARIFFE SPECIFICATE			
		Vedasi	All. A1
ASSISTENZA EQUIPE MEDICA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO IN REPARTI DI MEDICINA			
		Premesse specifiche di branca: Durante un ricovero con intervento chirurgico non è previsto il pagamento dell'onorario per assistenza medica	
EQM	0081	Assistenza équipe medica (giornaliera) durante un ricovero senza intervento chirurgico con degenza notturna	145,35

INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO OPPURE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO (DAY SURGERY) O SENZA RICOVERO COME CHIRURGIA AMBULATORIALE

Premesse specifiche di branca:

La tariffa prevista per le singole voci è omnicomprensiva delle prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista, dello strumentista/ferrista, dell'ostetrico e dell'assistenza prestata dall'équipe chirurgica durante tutto il ricovero fino alle dimissioni.

L'onorario per l'eventuale ricorso all'anestesia o analgesia epidurale (peridurale) è compreso nella tariffa dell'équipe chirurgica comprensiva della prestazione dell'anestesista.

Per gli interventi chirurgici eseguiti con strumenti/apparecchiature particolari si intendono applicate le medesime tariffe previste per gli interventi eseguiti tradizionalmente.

N.B. in caso di prestazioni ortopedico - chirurgiche plurime e contemporanee si applica in misura integrale la tariffa per la prestazione maggiore e le rimanenti verranno addebitate al 60%

In tutti i casi il tipo di intervento eseguito deve risultare inequivocabilmente dal registro della sala operatoria descritto nella cartella clinica.

Sono tassativamente non effettuabili in convenzione tutti gli interventi esclusi dall'Art. 11 del presente Regolamento.

Si intendono per tumori superficiali le neoformazioni extrafasciali; per tumori profondi si intendono le neoformazioni sottofasciali.

Per grandi articolazioni si intendono anca, ginocchio, spalla; per medie articolazioni si intendono gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica; per piccole articolazioni si intendono le restanti.

Per grandi segmenti si intendono femore, omero, tibia; per medi segmenti si intendono clavicola, rotula, radio, ulna, perone; per piccoli segmenti si intendono i restanti.

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (tradizionale, endoscopica o con altre strumentazioni/apparecchiature) e metodica.

Per trattamento completo si intende anche l'eventuale neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale.

N. B. gli interventi di chirurgia oncologica sul rachide sono elencati nell'apposito paragrafo

N. B. per fratture di chirurgia oncologica usare le tariffe fratture maggiorate del 30%

Descrizione della prestazione

LA PRESTAZIONE CHIRURGICA COMPRENDE: Chirurgo Primo operatore, equipé chirurgica, Anestesista, ferristi e altro personale di sala, esami di laboratorio standard, visite di routine, ECG di routine, diagnostica strumentale routine e consulenze con importo inferiore a € 103,00 effettuate entro le 72 ore dall'intervento.

ATTI CRUENTI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

INTERVENTI SUL RACHIDE

200	Nucleotomia percutanea	4.780,66
201	Recalibrage 1^ livello	7.968,07
202	Recalibrage 2^ livello	9.561,31
203	Recalibrage 3^ livello	11.155,49
204	Ligamentoplastica 1^ livello	9.561,31
205	Ligamentoplastica 2^ livello	11.155,49
206	Discografia diagnostica 1^ livello	1.593,24
207	Discografia diagnostica 2^ livello	2.389,86
208	Laminectomia decompressiva (stenosi del canale vertebrale) 1^ livello	9.561,31
209	Laminectomia decompressiva (stenosi del canale vert.) 1^ liv. con stabilizzaz.)	11.155,49
210	Laminectomia decompressiva (stenosi del canale vertebrale) 2^ livello	9.561,31
211	Laminectomia decompressiva (stenosi del canale vert.) 2^ liv. con stabilizzaz.)	13.810,89
212	Laminectomia decompressiva (stenosi del canale vertebrale) 3^ livello	11.155,49
213	Laminectomia decompressiva (stenosi del canale vert.) 3^ liv. con stabilizzaz.)	15.935,21
214	Interlaminectomia con foraminotomia	7.968,07
215	Spondilolistesi con riduzione	14.341,03
216	Frattura vertebrale ~ riduzione e sintesi	12.748,73
217	Artrodesi vertebrale con placche 1^ livello	10.623,47

218	Artrodesi vertebrale con placche 2^ livello	11.685,63
219	Artrodesi vertebrale con placche 3^ livello	12.748,73
220	Laminectomia in ernia discale lombare	6.373,90
<u>Intervento per ernia discale cervicale:</u>		
225	senza innesti	9.561,31
226	con innesti per artrodesi	13.810,89
<u>Correzione-artrodesi secondo Harrington in scoliosi:</u>		
230	prima curva	11.155,49
231	seconda curva	14.873,05
232	C-D (Cotrel-Duboisset)	16.466,29
<u>Artrodesi vertebrale:</u>		
240	1^ livello	10.623,47
241	2^ livello	12.217,65
242	Biopsia corpi vertebrali	6.373,90
243	Asportazione neoplasie arcali	6.373,90
244	Asportazione neoplasie corpi vertebrali semplici	8.498,22
245	Somactomia vertebrale con sostituzioni ed eventuali sintesi	20.184,78
246	Decompressione in mielopatie erniarie con artrodesi e sintesi	14.341,03
247	Uncusectomia e uncoframmentaria cervicale	11.155,49
<u>Ricostruzione istmica</u>		
250	1^ livello	9.561,31
251	2^ livello	11.155,49
252	Biopsia transpeduncolare corpo vertebrale	6.373,90
<u>INTERVENTI SULL'ANCA</u>		
260	Artroprotesi totale	9.295,77
261	Protesi superficiale	10.623,47
262	Rimozione più rifacimento artroprotesi	16.731,83
263	Rimozione di protesi (senza sostituzione)	6.640,37
264	Osteotomia di Chiari, di Salter, di bacino in genere	10.623,47
265	Osteotomia di valgizzazione, varizzazione, estensione, flessione	9.030,23
266	Triplice osteotomia di bacino	13.278,87
267	Duplica osteotomia di bacino secondo Wagner	10.623,47
268	Osteotomia trapezoidale del collo femorale	9.561,31
269	Osteotomia gran trocantere	6.373,90
270	Acetaboloplastica secondo Wagner	15.935,21
271	Stabilizzazione di epifisiolisi dell'anca	7.968,07
272	Coxolisi	9.561,31
273	Enervazione d'anca anteriore	4.780,66
274	Enervazione d'anca posteriore	5.842,82
275	Anca a scatto	3.718,50
276	Protesi in disartrodesi d'anca	13.278,87

277	Rimozione mezzi di sintesi in valgizzazione o varizzazione	3.452,96
278	Rimozione mezzi di sintesi di osteotomia di Chiari	1.062,16
279	Artroscopia d'anca diagnostica	2.655,40
280	Artroscopia d'anca chirurgica	5.312,67
281	Tenotomia degli aduttori cielo chiuso	1.327,70
282	Tenotomia degli aduttori cielo aperto	3.187,42
283	Prelievo osseo per innesto (cresta iliaca)	3.187,42
284	Prelievo osseo per innesto (altra sede)	1.593,24

INTERVENTI SUL GINOCCHIO

290	Artrodesi ginocchio	7.436,06
291	Rimozione protesi ginocchio + fissatore	7.968,07
292	Sutura menisco	3.983,10
293	Lateral release	2.125,26
294	Intervento plastica anteriore/posteriore	4.249,58
297	Intervento di allineamento dell'apparato estensore	4.249,58
300	Osteotomia sovracondiloidea del femore	6.640,37
301	Osteotomia tibio-peroneale	5.577,28
302	Artroprotesi di ginocchio	10.092,39
303	Artromiolisi	7.170,52
304	Asportazione di corpi mobili endo-articolari	3.187,42
305	Artroscopia diagnostica	1.859,72
306	Meniscectomia artroscopica	3.718,50
307	Bi-meniscectomia artroscopica	4.780,66
308	resezione plica in artroscopia	2.125,26
309	Toilette artroscopica	3.983,10
310	Lateral release in artroscopia	2.125,26
311	Artrolisi in artroscopia	7.702,53
312	Ricostruzione del crociato anteriore in artroscopia	7.968,07
313	Biopsia della sinoviale in artroscopia	1.593,24
314	Intervento di duplice allineamento dell'apparato estensore	5.842,82
315	Trocleoplastica	4.780,66
316	Osteocondrite dissecante condilo femorale	3.718,50
317	Osteocondrite dissecante condilo femorale in artroscopia	4.780,66
319	Abbassamento o innalzamento rotula	3.187,42
320	Meniscectomia e cisti meniscale	3.983,10
321	Sinoviectomia	4.515,12
322	Sinoviectomia - artroscopica	5.312,67
323	Lesione capsulo-legamentosa acuta	7.968,07
324	Revisione di protesi di ginocchio	13.278,87

RIDUZ.CRUENTA DI FRATT.CON OSTEOSINTESI METALLICA

(infibulo endomidollare, cerchiaggio, placche, lacci, chiodi, viti, fissatori esterni ecc.)

330	di cotile	15.935,21
-----	-----------	-----------

331	di clavicola	4.515,12
332	- della diafisi omerale	6.373,90
333	- sovra- o dia-condiloidea omerale	6.373,90
334	- radio-ulna: mono-ossea	4.249,58
335	- radio-ulna: bi-ossea	5.312,67
336	- di olecrano	2.921,88
337	del collo femorale:avvitamento o inchiodamento	6.640,37
338	- della diafisi femorale	7.968,07
339	- dei condili femorali	7.968,07
340	- della rotula	3.718,50
341	- del piatto tibiale	5.842,82
342	- dell'eminanza intercondiloidea	4.249,58
343	- della diafisi tibiale	5.842,82
344	- mono malleolare	3.983,10
345	- bi malleolare	4.780,66
346	- tri malleolare	5.312,67
347	- delle ossa del tarso (astragalo o calcagno)	6.373,90
348	osteomielite tibia courretage	5.312,67
349	del collo del femore: con endoprotesi biarticolare	7.968,07
<u>Riduzioni cruenta di lussazione</u>		
360	sterno-claveare	5.842,82
361	acromion-claveare	5.842,82
<u>Riduzioni cruenta di lussazioni</u>		
366	- articolazioni piccole	2.921,88
367	- articolazioni medie	3.718,50
368	- articolazioni grandi	5.842,82
<u>Riduzione cruenta di fratture e lussazioni</u>		
370	- articolazioni piccole	3.718,50
371	- articolazioni medie	6.373,90
372	- articolazioni grandi	8.764,69
<u>INTERVENTI SULLA MANO</u>		
<u>Fratture</u>		
380	Osteosintesi per frattura di monofalange	2.125,26
381	Osteosintesi per frattura di due falangi	2.655,40
382	Osteosintesi per frattura di tre falangi	3.187,42
383	Osteosintesi per frattura monometacarpale	2.389,86
384	Osteosintesi per frattura bimetacarpale	2.921,88
385	Osteosintesi per frattura trimetacarpale	3.452,96
386	Riduzione sintesi per ossa carpali	3.718,50
387	Riduzione sintesi per frattura del polso	4.780,66
388	Riduzione sintesi per frattura di Monteggia	6.373,90
389	Riduzione sintesi per frattura di Galeazzi	6.373,90

390	Riduzione fissazione di falangi e metacarpali a cielo chiuso	2.125,26
391	Frattura o pseudo artrosi scafoide con sintesi e/o innesto	5.312,67
392	Frattura capitello radiale	2.655,40
393	Condroma falangi o metacarpi senza innesto	2.655,40
394	Condroma falangi o metacarpi con innesto	4.249,58
395	Artroprotesi trapezio-metacarpale	4.515,12
396	Artroplastica trapezio-metacarpale	3.452,96
397	Artrodesi trapezio-metacarpale	3.452,96
398	Artrodesi temporanea con filo di K dell'interfalangeo distale	531,08
399	Artrodesi metacarpo falangeo	2.921,88
400	Artrodesi interfalangeo prossimale	2.125,26
401	Artrodesi interfalangeo distale	2.125,26
<u>Osteotomie correttive</u>		
410	- falange	2.125,26
411	- metacarpo	2.389,86
412	- radio-ulna	4.780,66
413	- con innesto radio-ulna	6.108,36
<u>Interventi su nervi e vasi</u>		
420	Neurolisi micro-chirurgica di nervo periferico	3.187,42
421	Trasposizione e plastica nervo ulnare al gomito	4.249,58
422	Sindrome del tunnel carpale	1.859,72
423	Sindrome del tunnel carpale con neurolisi micro-chirurgica	3.187,42
424	Neurorrafia nervo digitale o nervo sensitivo	2.921,88
425	Lesione di uno o più flessori più nervi sensitivi	4.780,66
426	Sutura arteria, nervo mediale o ulnare e tendini al canale carpale (primaria)	6.373,90
427	Neurorrafia nervo mediano, ulnare o radiale più innesto nervoso	7.968,07
428	Neurorrafia nervo mediano, ulnare o radiale primaria	4.249,58
<u>Interventi su tendini e parti molli</u>		
435	Tenorrafia primaria flessori	3.187,42
436	Sindesmorrafia L.C.U. pollice	2.125,26
437	Sutura tendini estensori -unico	2.125,26
438	Sutura tendini estensori -plurimo	2.921,88
439	Tenosinovite -estensori	3.187,42
440	Tenosinovite -flessori	3.983,10
441	Trocletomia per dita a scatto	1.062,16
442	Cisti sinoviale polso	1.593,24
<u>Interventi di plastica</u>		
450	Onicoplastica	797,56
451	Plastica cutanea e plastica a "z"	1.327,70
452	Morbo di Dupuytren: sottocutaneo	1.062,16

453	Morbo di Dupuytren: complesso	3.452,96
454	Plastica cutanea con innesto libero	2.389,86
455	Plastica cutanea con lembo di rotazione o di scivolamento	2.921,88
456	Plastica cutanea secondo Tranquilli Leali	1.327,70
<u>Artroscopia polso</u>		
460	- diagnostica	1.593,24
461	- chirurgica	2.655,40
<u>INTERVENTI SULLA SPALLA</u>		
470	Lussazione abituale: anteriore	6.373,90
471	Lussazione abituale: in lussazione post.	8.498,22
<u>Sutura cuffia rotatori</u>		
480	semplici	5.577,28
481	con trapianti tendinei sostitutivi	7.436,06
482	Acromionplastica secondo Neer	4.780,66
483	Sezione legamento coraco acromiale (decompressione)	3.718,50
484	Rottura capo lungo tendine bicipite	3.718,50
485	Capsulotomia per'paralisi ostetrica	2.921,88
486	Osteotomia derotativa di omero	3.718,50
487	Artrotomia esplorativa	2.389,86
488	Resezione testa dell'omero	3.718,50
489	Endoprotesi	7.436,06
490	Artroprotesi	9.561,31
491	Artrodesi	7.968,07
492	Artroscopia diagnostica	2.125,26
493	Artroscopia chirurgica	4.780,66
494	Scapolo pessi	7.968,07
<u>INTERVENTI SUL PIEDE</u>		
500	Alluce valgo	3.718,50
501	Osteotomia primo metatarsale	4.249,58
502	Artroprotesi monoradiali	4.249,58
503	Resezione artrodesi interfalangea dell'alluce	3.718,50
504	Dito a martello resezi.artrodesi delle interfalangee: per un raggio	1.327,70
505	Dito a martello delle interfalangee:se plurirad.,per ogni raggio in più	531,08
506	Unghia incarnita	797,56
<u>Osteotomia dei metatarsali minori:</u>		
510	per un raggio	2.389,86
511	se pluriradiale, per ogni raggio in più	797,56
512	Osteotomia delle falangi	2.125,26
513	Riduzione cruenta di lussazioni metatarso fálangee: per un raggio	1.859,72

514	Riduz.cruenta di lussaz.metatarso falangee:se pluri-rad.,per ogni raggio in piu'	531,08
515	Capsulotomie metatarsofalan.e tenotomie degli estensori:x un raggio	1.062,16
516	Capsulotomie metatarsofalan.e tenotomie degli estensori:x ogni raggio in più	265,54
517	Resezione allineamento delle teste metatarsali	4.515,12
518	Resezione allineamento con incavigliamento alla Regnault	5.842,82
519	Neuromectomia plantare	3.187,42
520	Allungamento dell'achilleo**	3.187,42
521	Allungamento tendineo muscoli pied+C284:monotendineo**C507	1.327,70
522	**per ogni tendine in più	531,08
523	Tenotomie monotendinee	797,56
524	Tenotomie per ogni tendine in più	265,54
525	Intervento di Codivilla e similari per piede torto congenito	5.842,82
526	Intervento alla Anzoletti	2.125,26
527	resezione artrodesi tibio tarsica	6.904,98
528	resezione artrodesi sotto e media	6.373,90
529	Interventi secondo Grice e simili (calcagno)	4.780,66
530	Tenorrafia dell'achilleo	3.187,42
<u>Osteotomia ossa tarso isolate:</u>		
540	mono ossea	2.389,86
541	per ogni osso del tarso in più	1.062,16
542	Intervento di Steindler	3.187,42
543	Fasciotomia plantare	1.593,24
544	Capsulotomie articolazione del tarso e della Lisfranc	2.389,86
545	Trapianti tendinei: mono tendineo	2.655,40
546	Trapianti tendinei: per ogni tendine in più	1.062,16
547	Rimozione corpi estranei plantari	2.125,26
548	Rimozione corpi estranei dorsali	2.125,26
549	Intervento secondo Lapidus al V^ dito	2.655,40
550	Apertura del canale del tarso senza neurolisi	2.655,40
551	Apertura del canale del tarso con neurolisi	3.452,96
552	Artrolisi della sotto astragalica	2.125,26
<u>Resezione artrodesi sottoastragalica e mediotarsica</u>		
560	per via laterale	6.373,90
561	per via mediale	6.373,90
<u>INTERVENTI IN ARTRITE REUMATOIDE</u>		
<u>Spalla</u>		
570	Sinoviectomia	6.904,98
<u>Gomito</u>		
575	Artroprotesi	14.341,03
576	Sinovialectomia	5.842,82

<u>Articolazione radiocarpica</u>		
580	Protesi di polso	7.968,07
581	Sinovialectomia radiocarpica	5.046,20
582	Artrodesi polso	5.842,82
<u>Mano</u>		
590	Impianti flessibili MCP x 1	3.187,42
591	per ogni altro impianto	797,56
592	Impianti flessibili PTP x 1	3.187,42
593	per ogni altro impianto	797,56
594	Sinovialectomia MCP	3.187,42
595	Sinovialectomia PIP	2.125,26
596	Correzione di boutonnière	2.655,40
597	Correzione di swan neck	2.655,40
598	Artrodesi MCP	2.655,40
599	Artrodesi PIP	2.125,26
<u>Anca</u>		
605	Artroprotesi	9.295,77
606	Rimozione e sostituzione artroprotesi	16.731,83
607	Sinovialectomia	9.561,31
608	Release tessuti molli anca	3.187,42
<u>Ginocchio</u>		
609	Protesi senza cemento con impianto di protesi rotulea	10.092,39
610	Sinovialectomia	4.515,12
611	Asportazione cisti di Baker	4.515,12
612	Release posteriore	5.577,28
<u>Tibiotarsica e piede</u>		
620	Protesi di caviglia	8.498,22
<u>Artrodesi extraarticolare di Grice</u>		
625	con trapianto autoplastico	4.780,66
<u>Allungamento (Ilizarov)</u>		
630	Femore	9.561,31
631	Tibia o arto superiore	7.968,07
<u>Pseudoartrosi</u>		
635	Ipertrofiche: grandi segmenti	9.561,31
636	Ipertrofiche: piccoli segmenti	7.968,07
637	Atrofiche: grandi segmenti	11.685,63
638	Atrofiche: piccoli segmenti	9.561,31
<u>Rimozione mezzi di sintesi</u>		
645	Grandi segmenti	3.452,96
646	Piccoli segmenti	2.125,26

647	Mezzi di sintesi mano in generale	1.593,24
<u>INFILTRAZIONI-MOBILIZZAZIONI</u>		
655	Endossee	2.655,40
656	Periarticolari e parti molli	1.062,16
657	Mobilizzazione mano e arto superiore mediante blocco intravenoso	1.062,16
<u>CHIRURGIA ONCOLOGICA</u>		
<u>arto superiore</u>		
665	Resezione omero prossimale e protesi sostitutiva	11.155,49
666	Resezione - artrodesi di polso (con prelievo)	6.904,98
667	Resezione e trapianto articolare radiodistale	9.561,31
668	Resezione - trapianto di metacarpale	6.904,98
<u>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</u>		
669	Curetage ed autotrapianti in neoplasie benigne (incluso prelievo) 2 interventi	6.904,98
670	Intervento di Tikhoff Limberg	13.810,89
<u>arto inferiore</u>		
Resez.segmentaria di femore con sostituz. cemento, polietilene, trapianto		
676	osseo auto-omo, eteroplastico protesi (escluso costo protesi)	12.748,73
677	Resezione segmentaria di tibia	12.748,73
678	Resezione segmentaria perone prossimale	5.046,20
679	Resezione segmentaria diafisi peroneale	4.249,58
680	Curetage ed autotrap.in neopl.benigne (incluso prelievo)osteoma osteoide	7.436,06
681	Resezione ricostruzione secondo Putti Juvara	13.278,87
682	Resezione condiloidea (femore/tibia) con sostituz.artic.o equivalente	14.873,05
683	Giroplastica	16.466,29
<u>pelvi</u>		
690	Curetage e trapianto osseo (o "filling"con cementi) di lesioni pelviche	9.561,31
691	Resezione di neoplasie superficiali	7.436,06
692	Resezioni pelviche parziali (pelvectomy ridotte)	12.217,65
693	Emipelvectomy "interne" (con salvataggio cute)	16.998,30
694	Resezione del sacro fino ad S4	12.217,65
695	Resezione del sacro prossimale ad S4	16.998,30
<u>amputazioni/disarticolazioni</u>		
700	- di spalla	7.968,07
701	- di braccio	5.312,67
702	- di avambraccio	4.249,58
703	Interscapolotoracica	10.092,39
704	- di anca	7.436,06
705	- di coscia	5.842,82
706	- di gamba e piede	4.249,58

707	Interileoaddominale	12.217,65
VARIE SEDI		
<u>Resezioni parziali od emisegmentarie</u>		
715	- gruppo A (non contiguità con formazioni neurovascolari)	4.249,58
716	- gruppo B (suddivisione basata sulla contiguità)	6.904,98
717	- con trapianto osseo	8.498,22
718	- biopsia ossea semplice	2.655,40
719	- biopsia ossea complessa	3.187,42
720	- biopsia parti molli	1.593,24
<u>asportazione di neoplasie delle parti molli</u>		
725	regione glutea, anca, ginocchio	10.092,39
726	spalla, gomito etc.	6.373,90
727	altre sedi più superficiali	4.780,66
CHIRURGIA VASCOLARE		
750	Legatura di arterie superficiali (temporali, facciali, radiali, cubitali, arcate, palmari, pedidia)	1.207,00
751	Interventi per aneurismi dei su elencati vasi arteriosi	2.414,00
752	Legatura delle arterie linguali, ascellari, omerali, glutea, femorale, poplitea, tibiale, mammaria, interna, tiroidea	2.897,65
753	Interventi per aneurismi dei su elencati vasi arteriosi	7.485,10
754	Legatura delle arterie carotidi, vertebrale succlavia, tronco brachio-cefalico iliache	5.794,45
755	Interventi per aneurismi dei su elencati vasi arteriosi e per aneurismi arterovenosi	8.692,10
756	Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	6.760,05
757	Arteriotomia per trombectomia - embolectomia	5.794,45
758	Resezione arteriosa con angioplastica	7.725,65
759	Interventi per innesti vasali, sui vasi precedentemente elencati (come aneurisma relativo alla stessa arteria)	8.692,10
760	Interventi sulla aorta addominale e toracica (endoaneurismectomia)	12.071,70
761	Interventi sulla aorta addominale e toracica (by-pass aorto-bifem.)	12.071,70
762	Intervento per safenectomia o crosectomia: varici recidive	5.794,45
764	Simpaticectomia	4.829,70
765	Disobliterazione femoro-poplitea	7.725,65
766	By-pass femoro-popliteo (in safena o in materiale protesico)	7.725,65
767	By-pass femoro-tibiale (in safena o in materiale protesico)	8.692,10
768	Angioplastica femorale profonda	5.794,45
769	Disobliterazione femorale comune	5.794,45
770	By-pass femoro-femorale	7.725,65
771	Preparazione-isolamento assi vascolari (arteria e/o - vena):addome, coscia,braccio, collo	2.414,00
772	Preparazione-isolamento assi vascolari (arteria e/o vena):avambraccio, gamba,piede,mano	2.125,00

773	Assistenza chirurgica specialistica vascolare in corso di interventi non di chirurgia vascolare	1.932,05
775	safenectomia totale o parziale e varicectomie (monolaterale)	2.550,00
776	safenectomia totale o parziale e varicectomie (bilateterale)	3.825,00
777	legatura di vene comunicanti e/o varicectomie (monolaterale)	1.275,00
778	legatura di vene comunicanti e/o varicectomie (bilaterale)	2.125,00
779	crossectomia	1.275,00
800	revisione cross per varici recidive e varicectomie	2.125,00
801	fasciotomia decompressiva	1.275,00

ATTI INCRUENTI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

001	in frattura o lussazione cervicale (riduzione)	2.873,00
002	in altre forme	1.395,70

Corsetto gessato

005	in cifosi - scoliosi senza manovre riduttive	1.231,65
006	in scoliosi - cifosi - fratture	2.873,00
007	in frattura di corpo vertebrale (senza riduzione)	1.683,00
008	in frattura di corpo vertebrale (riduzione in iperestensione)	2.339,20
009	in frattura-lussazione di corpo vertebrale (riduzione)	3.283,55
010	in lomboartrosi o lomboischialgia e in altre forme	1.128,80

Toraco brachiale gessato

015	in frattura di scapola	944,35
016	in lussazione acromion-claveare (riduzione)	1.211,25
017	in lussazione scapolo-omeroale (riduzione)	1.436,50
018	in frattura di clavicola composta	944,35
019	in frattura di clavicola scomposta (riduzione)	1.785,85
020	in frattura del collo omeroale composta	944,35
021	in frattura del collo omeroale scomposta (riduzione)	2.339,20
022	in frattura-lussazione della testa omeroale (riduzione)	2.832,20
023	in frattura del trochite omeroale	944,35
024	in frattura della diafisi omeroale composta	1.211,25
025	in frattura della diafisi omeroale scomposta (riduzione)	2.176,00
026	in altre forme	944,35

Emi-gomitiera / gomitiera gessata

030	in lussazione di gomito (riduzione)	1.395,70
031	in lussaz.o sublussaz.del capitello radiale (riduzione)	697,85
032	in frattura sovra-o dia-condiloidea composta	697,85
033	in frattura sovra-o dia-condiloidea scomposta (riduzione)	1.395,70
034	in frattura o distacco condilo-troclea-epitroclea	697,85
035	in frattura diafisaria di radio o di ulna composta (riduzione)	697,85
036	in frattura diafisaria di radio o di ulna scomposta (riduzione)	1.169,60
037	in frattura diafisaria radio ulnare composta	697,85

038	in frattura diafisaria radio ulnare scomposta (riduzione)	1.785,85
039	in frattura di Monteggia (riduzione frattura e lussazione)	1.785,85
040	in frattura di olecrano	697,85
041	in distorsione, contusioni, processi flogistici,ecc.	328,10
<u>Antibrachio-metacarpale gessato</u>		
045	in frattura epifisaria distale di radio e di ulna composta	472,60
046	in frattura di Colles (riduzione)	1.375,30
047	in frattura di ossa carpali	472,60
048	in lussazione di semilunare (riduzione)	1.108,40
049	in altre forme morbose	472,60
<u>Antibrachio-metacarpo-digitale gessato</u>		
055	frattura mono-metacarpale scomposta (riduzione)	821,10
056	frattura mono-metacarpale composta	369,75
057	frattura bi o pluri-metacarpale scomposta (riduzione)	985,15
058	frattura bi o pluri-metacarpale composta	472,60
059	frattura della 1° falange monoradiale composta	369,75
060	frattura della 1° falange monoradiale scomposta	676,60
061	frattura della 1° falange pluri-radiale composta	369,75
062	frattura della 1° falange pluri-radiale scomposta	821,10
063	lussazione carpo-metarpica (riduzione)	697,85
064	lussazione metacarpo-falangea (riduzione)	697,85
065	Lussazione interfalangea (riduzione)	430,95
<u>Digitale gessato</u>		
070	in frattura di 2° o 3° falange-monoradiale	225,25
071	in frattura di 2° o 3° falange-pluriradiale	410,55
<u>Pelvi-pedidio gessato</u>		
075	in lussaz.congenita d'anca monolaterale Paci-Lorenz 1^ p.	1.231,65
076	in lussaz.congenita d'anca monolaterale Paci-Lorenz 2^ o 3^ p.	738,65
077	in lussaz.congenita d'anca bilaterale Paci-Lorenz 1^ p.	1.887,85
078	in lussaz.congenita d'anca biolaterale Paci-Lorenz 2^ o 3^ p.	738,65
079	in lussazione traumatica d'anca (riduzione)	2.359,60
080	in lussazione centrale del femore (coprotrusio acetabuli) riduz. mediante trazione continua transcheletrica	4.227,90
081	in frattura cervic., inter o per-trocanterica (riduz. secondo Withmann)	2.359,60
082	in frattura diafisaria del femore composta	1.416,95
083	in frattura diafisaria del femore scomposta (riduz.estemp.)	2.359,60
084	in frattura diafisaria del femore scomposta (riduz.transcheletrica)	3.283,55
085	in frattura dei condili femorali composta	1.416,95
086	in frattura dei condili femorali scomposta (riduz.estemp.)	2.359,60
087	in frattura dei condili femorali scomposti (riduz.mediante traz.transchel.)	2.832,20
088	in altre forme morbose o lesioni traumatiche	944,35
089	calzoncino gessato	656,20

stivalone o ginocchiera gessata

095	in frattura di condili tibiali composta	697,85
096	in frattura di condili tibiali scomposta (riduz. estemp.)	1.169,60
097	in frattura dei condili tibiali scomposta (riduz.mediante traz.transcheletrica)	2.359,60
098	in lussazione di ginocchio (riduzione)	1.887,85
099	in frattura della testa o della diafisi peroneale (composta)	513,40
100	in frattura della testa o della diafisi peroneale (riduzione)	738,65
101	in frattura diafisaria tibiale composta	697,85
102	in frattura diafisaria tibiale scomposta (riduz.estemp.)	1.169,60
103	in frattura tibio peroneale composta	697,85
104	in frattura tibio peroneale scomposta (riduz.estemp.)	1.642,20
105	in frattura tibio peroneale scomposta (riduz.mediante traz.transcheletrica)	2.832,20
106	in distorsione di ginocchio	554,20
107	in distorsione di ginocchio previa artrocentesi evac.	697,85
108	in altre forme	554,20

stivaletto gessato

115	in frattura monomalleolare composta	554,20
116	in frattura bi-malleolare composta	697,85
117	in frattura bi-malleolare con lussaz.o sub-lussaz.astraglica (rid.)	1.785,85
118	in frattura di calcagno composta	554,20
119	in frattura di calcagno scomposta (riduz.)	1.785,85
120	in frattura di altre ossa del tarso	554,20
121	in frattura mono-metatarsale	554,20
122	in frattura bi- o pluri-metatarsale	697,85
123	in frattura mono-falangea	472,60
124	in frattura bi- o pluri-falangea	554,20
125	in distorsione tibio-tarsica, sotto astraglica o mediotarsica	369,75
126	in piede torto o piatto-valgo monolaterale	472,60
127	in piede torto o piatto-valgo bilaterale	656,20
128	in altre forme	369,75

Bendaggio secondo Desault

135	in lussazione scapolo-omerale (riduzione)	944,35
136	in frattura del trochite omerale	697,85
137	in trauma distorsivo o contusivo scapolo omerale	472,60

138	<u>Collare gessato</u>	328,10
-----	-------------------------------	--------

139	<u>Collare di Schantz</u>	328,10
-----	----------------------------------	--------

Bendaggio elastico

145	in frattura mono-costale	287,30
146	in frattura pluri-costale	369,75
147	in distorsione di gomito	287,30
148	in distorsione di polso	185,30
149	in distorsione di ginocchio	328,10

150	in distorsione tibio-tarsica o sotto-astragalica o medio tarsica	328,10
	<u>Trazione digitale secondo Mommsen (incluso l'app. gessato)</u>	
155	mono digitale	944,35
156	pluridigitale	1.128,80
	<u>Palmare gessato</u>	
160	in distorsioni, contusioni, processi flogistici, ecc.	225,25
	<u>Emi ginocchiera gessata (monovalve)</u>	
163	in distorsioni, contusioni, processi flogistici ecc.	369,75
	<u>Toilette e sutura di ferita cutanea</u>	
165	di piccola ferita	410,55
166	di vasta ferita	615,40
	<u>Artrocentesi (evacuativa, esplorativa)</u>	
170	di spalla	245,65
171	di gomito	188,70
172	d'anca	328,10
173	di ginocchio	225,25
174	tibio-tarsica	188,70
	<u>Rachicentesi</u>	
180	decompressiva, esplorativa	328,10
	<u>Medicazioni</u>	
183	a piatto	82,45
184	con drenaggio	143,65
	<u>Mobilizzazione in narcosi</u>	
186	di grandi articolazioni (anca, ginocchio, spalla, gomito)	821,10
	<u>Infiltrazioni</u>	
188	(oltre al prezzo del medicinale) intra e/o periarticolare	102,85
189	<u>Gypsotomia definitiva</u>	102,85
	<u>Assistenza medica</u>	
190	Assistenza medica pro die	145,35

COMPOSIZIONE INTERVENTI BIC

Vedi All. A2

INTERVENTI A PACCHETTO

Vedi All. A3

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

ASST Centro polispecialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini

Presidio Ospedaliero CTO

BRANCA	COD. E.M.	Prestazione	Tariffa in €
		VISITE SPECIALISTICHE - CONSULTI	
		Premesse specifiche di branca: I compensi per le visite specialistiche dell'intera équipe medica-chirurgica-anestesiologica curante eseguite in regime di ricovero con degenza notturna o diurna (day hospital-day surgery) con o senza intervento chirurgico sono compresi nelle tariffe esposte per ogni singolo intervento od assistenza medica.	
VSCONS	0001	Visita specialistica/consulenza/consulto eseguito in regime di ricovero notturno da medico specialista non appartenente all'équipe medico chirurgica-anestesiologica curante, documentata in cartella clinica, per approfondimento del quadro clinico o per l'insorgenza di complicanze	103,00
		RETTE DI DEGENZA - TARIFFE DELLA STRUTTURA	
DEG	0002	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno con o senza intervento chirurgico in camera con letto singolo e secondo letto o divano letto per accompagnatore	320,00
DEG	0003	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno con o senza intervento chirurgico adottata per la differenza di classe (comfort alberghiero) ad integrazione del S.S.N. per camera singola con letto o divano letto per accompagnatore - uso del letto accompagnatore compreso della tariffa esposta	320,00
DEG	0004	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero diurno (day hospital) per chemioterapia, cure oncologiche e terapia del dolore o (day-surgery) per interventi chirurgici	320,00
		PRESIDI E PROTESI	
PROTESI	0001	Endoprotesi	55% del costo
		ATTI NON RICOMPRESI NELLE TARIFFE SPECIFICATE	
		Vedasi	All. A1
		ASSISTENZA EQUIPE MEDICA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO IN REPARTI DI MEDICINA	
		Premesse specifiche di branca: Durante un ricovero con intervento chirurgico non è previsto il pagamento dell'onorario per assistenza medica	
EQM	0081	Assistenza équipe medica (giornaliera) durante un ricovero senza intervento chirurgico con degenza notturna	145,35

INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO OPPURE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO (DAY SURGERY) O SENZA RICOVERO COME CHIRURGIA AMBULATORIALE

Premesse specifiche di branca:

La tariffa prevista per le singole voci è onnicomprensiva delle prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista, dello strumentista/ferrista, dell'ostetrico e dell'assistenza prestata dall'équipe chirurgica durante tutto il ricovero fino alle dimissioni.

L'onorario per l'eventuale ricorso all'anestesia o analgesia epidurale (peridurale) è compreso nella tariffa dell'équipe chirurgica comprensiva della prestazione dell'anestesista.

Per gli interventi chirurgici eseguiti con strumenti/apparecchiature particolari si intendono applicate le medesime tariffe previste per gli interventi eseguiti tradizionalmente.

N.B. in caso di prestazioni ortopedico - chirurgiche plurime e contemporanee si applica in misura integrale la tariffa per la prestazione maggiore e le rimanenti verranno addebitate al 60%

In tutti i casi il tipo di intervento eseguito deve risultare inequivocabilmente dal registro della sala operatoria descritto nella cartella clinica.

Sono tassativamente non effettuabili in convenzione tutti gli interventi esclusi dall'Art. 11 del presente Regolamento.

Si intendono per tumori superficiali le neoformazioni extrafasciali; per tumori profondi si intendono le neoformazioni sottofasciali.

Per grandi articolazioni si intendono anca, ginocchio, spalla; per medie articolazioni si intendono gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica; per piccole articolazioni si intendono le restanti.

Per grandi segmenti si intendono femore, omero, tibia; per medi segmenti si intendono clavicola, rotula, radio, ulna, perone; per piccoli segmenti si intendono i restanti.

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (tradizionale, endoscopica o con altre strumentazioni/apparecchiature) e metodica.

Per trattamento completo si intende anche l'eventuale neurolisi e/o sinovietomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale.

N. B. gli interventi di chirurgia oncologica sul rachide sono elencati nell' apposito paragrafo

N. B. per fratture di chirurgia oncologica usare le tariffe fratture maggiorate del 30%

Descrizione della prestazione

LA PRESTAZIONE CHIRURGICA COMPRENDE: Chirurgo Primo operatore, equipé chirurgica, Anestesista, ferristi e altro personale di sala, esami di laboratorio standard, visite di routine, ECG di routine, diagnostica strumentale routine e consulenze con importo inferiore a € 103,00 effettuate entro le 72 ore dall'intervento.

ATTI CRUENTI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

INTERVENTI SUL RACHIDE

200	Nucleotomia percutanea	4.780,66
201	Recalibrage 1^ livello	7.968,07
202	Recalibrage 2^ livello	9.561,31
203	Recalibrage 3^ livello	11.155,49
204	Ligamentoplastica 1^ livello	9.561,31
205	Ligamentoplastica 2^ livello	11.155,49
206	Discografia diagnostica 1^ livello	1.593,24
207	Discografia diagnostica 2^ livello	2.389,86
208	Laminectomia decompressiva (stenosi del canale vertebrale)1^ livello)	9.561,31
209	Laminectomia decompressiva (stenosi del canale vert.)1^ liv.con stabilizzaz.)	11.155,49
210	Laminectomia decompressiva (stenosi del canale vertebrale) 2^ livello)	9.561,31
211	Laminectomia decompressiva(stenosi del canale vert.) 2^ liv.con stabilizzaz.)	13.810,89
212	Laminectomia decompressiva (stenosi del canale vertebrale) 3^ livello)	11.155,49
213	Laminectomia decompressiva (stenosi del canale vert.) 3^ liv.con stabilizzaz.)	15.935,21
214	Interlaminectomia con foraminotomia	7.968,07
215	Spondilolistesi con riduzione	14.341,03
216	Frattura vertebrale ~ riduzione e sintesi	12.748,73
217	Artrodesi vertebrale con placche 1^ livello	10.623,47

218	Artrodesi vertebrale con placche 2^ livello	11.685,63
219	Artrodesi vertebrale con placche 3^ livello	12.748,73
220	Laminectomia in ernia discale lombare	6.373,90
<u>Intervento per ernia discale cervicale:</u>		
225	senza innesti	9.561,31
226	con innesti per artrodesi	13.810,89
<u>Correzione-artrodesi secondo Harrington in scoliosi:</u>		
230	prima curva	11.155,49
231	seconda curva	14.873,05
232	C-D (Cotrel-Duboisset)	16.466,29
<u>Artrodesi vertebrale:</u>		
240	1^ livello	10.623,47
241	2^ livello	12.217,65
242	Biopsia corpi vertebrali	6.373,90
243	Asportazione neoplasie arcali	6.373,90
244	Asportazione neoplasie corpi vertebrali semplici	8.498,22
245	Somactomia vertebrale con sostituzioni ed eventuali sintesi	20.184,78
246	Decompressione in mielopatie erniarie con artrodesi e sintesi	14.341,03
247	Uncusectomia e uncoframmentaria cervicale	11.155,49
<u>Ricostruzione istmica</u>		
250	1^ livello	9.561,31
251	2^ livello	11.155,49
252	Biopsia transpeduncolare corpo vertebrale	6.373,90
<u>INTERVENTI SULL'ANCA</u>		
260	Artroprotesi totale	9.295,77
261	Protesi superficiale	10.623,47
262	Rimozione più rifacimento artroprotesi	16.731,83
263	Rimozione di protesi (senza sostituzione)	6.640,37
264	Osteotomia di Chiari, di Salter, di bacino in genere	10.623,47
265	Osteotomia di valgizzazione, varizzazione, estensione, flessione	9.030,23
266	Triplice osteotomia di bacino	13.278,87
267	Duplica osteotomia di bacino secondo Wagner	10.623,47
268	Osteotomia trapezoidale del collo femorale	9.561,31
269	Osteotomia gran trocantere	6.373,90
270	Acetaboloplastica secondo Wagner	15.935,21
271	Stabilizzazione di epifisiolisi dell'anca	7.968,07
272	Coxolisi	9.561,31
273	Enervazione d'anca anteriore	4.780,66
274	Enervazione d'anca posteriore	5.842,82
275	Anca a scatto	3.718,50
276	Protesi in disartrodesi d'anca	13.278,87

277	Rimozione mezzi di sintesi in valgizzazione o varizzazione	3.452,96
278	Rimozione mezzi di sintesi di osteotomia di Chiari	1.062,16
279	Artroscopia d'anca diagnostica	2.655,40
280	Artroscopia d'anca chirurgica	5.312,67
281	Tenotomia degli adduttori cielo chiuso	1.327,70
282	Tenotomia degli adduttori cielo aperto	3.187,42
283	Prelievo osseo per innesto (cresta iliaca)	3.187,42
284	Prelievo osseo per innesto (altra sede)	1.593,24

INTERVENTI SUL GINOCCHIO

290	Artrodesi ginocchio	7.436,06
291	Rimozione protesi ginocchio + fissatore	7.968,07
292	Sutura menisco	3.983,10
293	Lateral release	2.125,26
294	Intervento plastica anteriore/posteriore	4.249,58
297	Intervento di allineamento dell'apparato estensore	4.249,58
300	Osteotomia sovracondiloidea del femore	6.640,37
301	Osteotomia tibio-peroneale	5.577,28
302	Artroprotesi di ginocchio	10.092,39
303	Artromiolisi	7.170,52
304	Asportazione di corpi mobili endo-articolari	3.187,42
305	Artroscopia diagnostica	1.859,72
306	Meniscectomia artroscopica	3.718,50
307	Bi-meniscectomia artroscopica	4.780,66
308	resezione plica in artroscopia	2.125,26
309	Toilette artroscopica	3.983,10
310	Lateral release in artroscopia	2.125,26
311	Artrolisi in artroscopia	7.702,53
312	Ricostruzione del crociato anteriore in artroscopia	7.968,07
313	Biopsia della sinoviale in artroscopia	1.593,24
314	Intervento di duplice allineamento dell'apparato estensore	5.842,82
315	Trocleoplastica	4.780,66
316	Osteocondrite dissecante condilo femorale	3.718,50
317	Osteocondrite dissecante condilo femorale in artroscopia	4.780,66
319	Abbassamento o innalzamento rotula	3.187,42
320	Meniscectomia e cisti meniscale	3.983,10
321	Sinoviectomia	4.515,12
322	Sinoviectomia - artroscopica	5.312,67
323	Lesione capsulo-legamentosa acuta	7.968,07
324	Revisione di protesi di ginocchio	13.278,87

RIDUZ.CRUENTA DI FRATT.CON OSTEOSINTESI METALLICA

(infibulo endomidollare, cerchiaggio, placche, lacci, chiodi, viti, fissatori esterni ecc.)

330	di cotile	15.935,21
-----	-----------	-----------

331	di clavicola	4.515,12
332	- della diafisi omerale	6.373,90
333	- sovra- o dia-condiloidea omerale	6.373,90
334	- radio-ulna: mono-ossea	4.249,58
335	- radio-ulna: bi-ossea	5.312,67
336	- di olecrano	2.921,88
337	del collo femorale:avvitamento o inchiodamento	6.640,37
338	- della diafisi femorale	7.968,07
339	- dei condili femorali	7.968,07
340	- della rotula	3.718,50
341	- del piatto tibiale	5.842,82
342	- dell'eminanza intercondiloidea	4.249,58
343	- della diafisi tibiale	5.842,82
344	- mono malleolare	3.983,10
345	- bi malleolare	4.780,66
346	- tri malleolare	5.312,67
347	- delle ossa del tarso (astragalo o calcagno)	6.373,90
348	osteomielite tibia courrettage	5.312,67
349	del collo del femore: con endoprotesi biarticolare	7.968,07
<u>Riduzioni cruenta di lussazione</u>		
360	sterno-claveare	5.842,82
361	acromion-claveare	5.842,82
<u>Riduzioni cruenta di lussazioni</u>		
366	- articolazioni piccole	2.921,88
367	- articolazioni medie	3.718,50
368	- articolazioni grandi	5.842,82
<u>Riduzione cruenta di fratture e lussazioni</u>		
370	- articolazioni piccole	3.718,50
371	- articolazioni medie	6.373,90
372	- articolazioni grandi	8.764,69
<u>INTERVENTI SULLA MANO</u>		
<u>Fratture</u>		
380	Osteosintesi per frattura di monofalange	2.125,26
381	Osteosintesi per frattura di due falangi	2.655,40
382	Osteosintesi per frattura di tre falangi	3.187,42
383	Osteosintesi per frattura monometacarpale	2.389,86
384	Osteosintesi per frattura bimetacarpale	2.921,88
385	Osteosintesi per frattura trimetacarpale	3.452,96
386	Riduzione sintesi per ossa carpali	3.718,50
387	Riduzione sintesi per frattura del polso	4.780,66
388	Riduzione sintesi per frattura di Monteggia	6.373,90
389	Riduzione sintesi per frattura di Galeazzi	6.373,90

390	Riduzione fissazione di falangi e metacarpali a cielo chiuso	2.125,26
391	Frattura o pseudo artrosi scafoide con sintesi e/o innesto	5.312,67
392	Frattura capitello radiale	2.655,40
393	Condroma falangi o metacarpi senza innesto	2.655,40
394	Condroma falangi o metacarpi con innesto	4.249,58
395	Artroprotesi trapezio-metacarpale	4.515,12
396	Artroplastica trapezio-metacarpale	3.452,96
397	Artrodesi trapezio-metacarpale	3.452,96
398	Artrodesi temporanea con filo di K dell'interfalangeo distale	531,08
399	Artrodesi metacarpo falangeo	2.921,88
400	Artrodesi interfalangeo prossimale	2.125,26
401	Artrodesi interfalangeo distale	2.125,26
<u>Osteotomie correttive</u>		
410	- falange	2.125,26
411	- metacarpo	2.389,86
412	- radio-ulna	4.780,66
413	- con innesto radio-ulna	6.108,36
<u>Interventi su nervi e vasi</u>		
420	Neurolisi micro-chirurgica di nervo periferico	3.187,42
421	Trasposizione e plastica nervo ulnare al gomito	4.249,58
422	Sindrome del tunnel carpale	1.859,72
423	Sindrome del tunnel carpale con neurolisi micro-chirurgica	3.187,42
424	Neurorrafia nervo digitale o nervo sensitivo	2.921,88
425	Lesione di uno o più flessori più nervi sensitivi	4.780,66
426	Sutura arteria, nervo mediale o ulnare e tendini al canale carpale (primaria)	6.373,90
427	Neurorrafia nervo mediano, ulnare o radiale più innesto nervoso	7.968,07
428	Neurorrafia nervo mediano, ulnare o radiale primaria	4.249,58
<u>Interventi su tendini e parti molli</u>		
435	Tenorrafia primaria flessori	3.187,42
436	Sindesmorrafia L.C.U. pollice	2.125,26
437	Sutura tendini estensori -unico	2.125,26
438	Sutura tendini estensori -plurimo	2.921,88
439	Tenosinovite -estensori	3.187,42
440	Tenosinovite -flessori	3.983,10
441	Trocletomia per dita a scatto	1.062,16
442	Cisti sinoviale polso	1.593,24
<u>Interventi di plastica</u>		
450	Onicoplastica	797,56
451	Plastica cutanea e plastica a "z"	1.327,70
452	Morbo di Dupuytren: sottocutaneo	1.062,16

453	Morbo di Dupuytren: complesso	3.452,96
454	Plastica cutanea con innesto libero	2.389,86
455	Plastica cutanea con lembo di rotazione o di scivolamento	2.921,88
456	Plastica cutanea secondo Tranquilli Leali	1.327,70
<u>Artroscopia polso</u>		
460	- diagnostica	1.593,24
461	- chirurgica	2.655,40
<u>INTERVENTI SULLA SPALLA</u>		
470	Lussazione abituale: anteriore	6.373,90
471	Lussazione abituale: in lussazione post.	8.498,22
<u>Sutura cuffia rotatori</u>		
480	semplici	5.577,28
481	con trapianti tendinei sostitutivi	7.436,06
482	Acromionplastica secondo Neer	4.780,66
483	Sezione legamento coraco acromiale (decompressione)	3.718,50
484	Rottura capo lungo tendine bicipite	3.718,50
485	Capsulotomia per paralisi ostetrica	2.921,88
486	Osteotomia derotativa di omero	3.718,50
487	Artrotomia esplorativa	2.389,86
488	Resezione testa dell'omero	3.718,50
489	Endoprotesi	7.436,06
490	Artroprotesi	9.561,31
491	Artrodesi	7.968,07
492	Artroscopia diagnostica	2.125,26
493	Artroscopia chirurgica	4.780,66
494	Scapolo pessi	7.968,07
<u>INTERVENTI SUL PIEDE</u>		
500	Alluce valgo	3.718,50
501	Osteotomia primo metatarsale	4.249,58
502	Artroprotesi monoradiali	4.249,58
503	Resezione artrodesi interfalangea dell'alluce	3.718,50
504	Dito a martello resezione artrodesi delle interfalangee: per un raggio	1.327,70
505	Dito a martello delle interfalangee: se plurirad., per ogni raggio in più	531,08
506	Unghia incarnita	797,56
<u>Osteotomia dei metatarsali minori:</u>		
510	per un raggio	2.389,86
511	se pluriradiale, per ogni raggio in più	797,56
512	Osteotomia delle falangi	2.125,26
513	Riduzione cruenta di lussazioni metatarso falangee: per un raggio	1.859,72

514	Riduz.cruenta di lussaz.metatarso falangee:se pluri-rad.,per ogni raggio in piu'	531,08
515	Capsulotomie metatarsofalan.e tenotomie degli estensori:x un raggio	1.062,16
516	Capsulotomie metatarsofalan.e tenotomie degli estensori:x ogni raggio in più	265,54
517	Resezione allineamento delle teste metatarsali	4.515,12
518	Resezione allineamento con incavigliamento alla Regnault	5.842,82
519	Neuromectomia plantare	3.187,42
520	Allungamento dell'achilleo**	3.187,42
521	Allungamento tendineo muscoli pied+C284:monotendineo**C507	1.327,70
522	**per ogni tendine in più	531,08
523	Tenotomie monotendinee	797,56
524	Tenotomie per ogni tendine in più	265,54
525	Intervento di Codivilla e similari per piede torto congenito	5.842,82
526	Intervento alla Anzoletti	2.125,26
527	resezione artrodesi tibio tarsica	6.904,98
528	resezione artrodesi sotto e media	6.373,90
529	Interventi secondo Grice e simili (calcagno)	4.780,66
530	Tenorrafia dell'achilleo	3.187,42
<u>Osteotomia ossa tarso isolate:</u>		
540	mono ossea	2.389,86
541	per ogni osso del tarso in più	1.062,16
542	Intervento di Steindler	3.187,42
543	Fasciotomia plantare	1.593,24
544	Capsulotomie articolazione del tarso e della Lisfranc	2.389,86
545	Trapianti tendinei: mono tendineo	2.655,40
546	Trapianti tendinei: per ogni tendine in più	1.062,16
547	Rimozione corpi estranei plantari	2.125,26
548	Rimozione corpi estranei dorsali	2.125,26
549	Intervento secondo Lapidus al V^ dito	2.655,40
550	Apertura del canale del tarso senza neurolisi	2.655,40
551	Apertura del canale del tarso con neurolisi	3.452,96
552	Artrolisi della sotto astragalica	2.125,26
<u>Resezione artrodesi sottoastragalica e mediotarsica</u>		
560	per via laterale	6.373,90
561	per via mediale	6.373,90
<u>INTERVENTI IN ARTRITE REUMATOIDE</u>		
<u>Spalla</u>		
570	Sinoviectomia	6.904,98
<u>Gomito</u>		
575	Artroprotesi	14.341,03
576	Sinovialectomia	5.842,82

<u>Articolazione radiocarpica</u>		
580	Protesi di polso	7.968,07
581	Sinovialectomia radiocarpica	5.046,20
582	Artrodesi polso	5.842,82
<u>Mano</u>		
590	Impianti flessibili MCP x 1	3.187,42
591	per ogni altro impianto	797,56
592	Impianti flessibili PTP x 1	3.187,42
593	per ogni altro impianto	797,56
594	Sinovialectomia MCP	3.187,42
595	Sinovialectomia PIP	2.125,26
596	Correzione di boutonnière	2.655,40
597	Correzione di swan neck	2.655,40
598	Artrodesi MCP	2.655,40
599	Artrodesi PIP	2.125,26
<u>Anca</u>		
605	Artroprotesi	9.295,77
606	Rimozione e sostituzione artroprotesi	16.731,83
607	Sinovialectomia	9.561,31
608	Release tessuti molli anca	3.187,42
<u>Ginocchio</u>		
609	Protesi senza cemento con impianto di protesi rotulea	10.092,39
610	Sinovialectomia	4.515,12
611	Asportazione cisti di Baker	4.515,12
612	Release posteriore	5.577,28
<u>Tibiotarsica e piede</u>		
620	Protesi di caviglia	8.498,22
<u>Artrodesi extraarticolare di Grice</u>		
625	con trapianto autoplastico	4.780,66
<u>Allungamento (Ilizarov)</u>		
630	Femore	9.561,31
631	Tibia o arto superiore	7.968,07
<u>Pseudoartrosi</u>		
635	Ipertrofiche: grandi segmenti	9.561,31
636	Ipertrofiche: piccoli segmenti	7.968,07
637	Atrofiche: grandi segmenti	11.685,63
638	Atrofiche: piccoli segmenti	9.561,31
<u>Rimozione mezzi di sintesi</u>		
645	Grandi segmenti	3.452,96
646	Piccoli segmenti	2.125,26

647	Mezzi di sintesi mano in generale	1.593,24
<u>INFILTRAZIONI-MOBILIZZAZIONI</u>		
655	Endossee	2.655,40
656	Periarticolari e parti molli	1.062,16
657	Mobilizzazione mano e arto superiore mediante blocco intravenoso	1.062,16
<u>CHIRURGIA ONCOLOGICA</u>		
<u>arto superiore</u>		
665	Resezione omero prossimale e protesi sostitutiva	11.155,49
666	Resezione - artrodesi di polso (con prelievo)	6.904,98
667	Resezione e trapianto articolare radiodistale	9.561,31
668	Resezione - trapianto di metacarpale	6.904,98
<u>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</u>		
669	Curetage ed autotrapianti in neoplasie benigne (incluso prelievo) 2 interventi	6.904,98
670	Intervento di Tikhoff Limberg	13.810,89
<u>arto inferiore</u>		
676	Resez.segmentaria di femore con sostituz. cemento, polietilene, trapianto osseo auto-omo, eteroplastico protesi (escluso costo protesi)	12.748,73
677	Resezione segmentaria di tibia	12.748,73
678	Resezione segmentaria perone prossimale	5.046,20
679	Resezione segmentaria diafisi peroneale	4.249,58
680	Curetage ed autotrap.in neopl.benigne (incluso prelievo)osteoma osteoide	7.436,06
681	Resezione ricostruzione secondo Putti Juvara	13.278,87
682	Resezione condiloidea (femore/tibia) con sostituz.artic.o equivalente	14.873,05
683	Giroplastica	16.466,29
<u>pelvi</u>		
690	Curetage e trapianto osseo (o "filling"con cementi) di lesioni pelviche	9.561,31
691	Resezione di neoplasie superficiali	7.436,06
692	Resezioni pelviche parziali (pelvectomie ridotte)	12.217,65
693	Emipelvectomie "interne" (con salvataggio cute)	16.998,30
694	Resezione del sacro fino ad S4	12.217,65
695	Resezione del sacro prossimale ad S4	16.998,30
<u>amputazioni/disarticolazioni</u>		
700	- di spalla	7.968,07
701	- di braccio	5.312,67
702	- di avambraccio	4.249,58
703	Interscapolotoracica	10.092,39
704	- di anca	7.436,06
705	- di coscia	5.842,82
706	- di gamba e piede	4.249,58

707	Interileoaddominale	12.217,65
VARIE SEDI		
<u>Resezioni parziali od emisegmentarie</u>		
715	- gruppo A (non contiguità con formazioni neurovascolari)	4.249,58
716	- gruppo B (suddivisione basata sulla contiguità)	6.904,98
717	- con trapianto osseo	8.498,22
718	- biopsia ossea semplice	2.655,40
719	- biopsia ossea complessa	3.187,42
720	- biopsia parti molli	1.593,24
<u>asportazione di neoplasie delle parti molli</u>		
725	regione glutea, anca, ginocchio	10.092,39
726	spalla, gomito etc.	6.373,90
727	altre sedi più superficiali	4.780,66
CHIRURGIA VASCOLARE		
750	Legatura di arterie superficiali (temporali, facciali, radiali, cubitali, arcate, palmari, pedidia)	1.207,00
751	Interventi per aneurismi dei su elencati vasi arteriosi	2.414,00
752	Legatura delle arterie linguali, ascellari, omerali, glutea, femorale, poplitea, tibiale, mammaria, interna, tiroidea	2.897,65
753	Interventi per aneurismi dei su elencati vasi arteriosi	7.485,10
754	Legatura delle arterie carotidi, vertebrale succlavia, tronco brachio-cefalico iliache	5.794,45
755	Interventi per aneurismi dei su elencati vasi arteriosi e per aneurismi arterovenosi	8.692,10
756	Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	6.760,05
757	Arteriotomia per trombectomia - embolectomia	5.794,45
758	Resezione arteriosa con angioplastica	7.725,65
759	Interventi per innesti vasali, sui vasi precedentemente elencati (come aneurisma relativo alla stessa arteria)	8.692,10
760	Interventi sulla aorta addominale e toracica (endoaneurismectomia)	12.071,70
761	Interventi sulla aorta addominale e toracica (by-pass aorto-bifem.)	12.071,70
762	Intervento per safenectomia o crosectomia: varici recidive	5.794,45
764	Simpaticectomia	4.829,70
765	Disobliterazione femoro-poplitea	7.725,65
766	By-pass femoro-popliteo (in safena o in materiale protesico)	7.725,65
767	By-pass femoro-tibiale (in safena o in materiale protesico)	8.692,10
768	Angioplastica femorale profonda	5.794,45
769	Disobliterazione femorale comune	5.794,45
770	By-pass femoro-femorale	7.725,65
771	Preparazione-isolamento assi vascolari (arteria e/o - vena):addome, coscia,braccio, collo	2.414,00
772	Preparazione-isolamento assi vascolari (arteria e/o vena):avambraccio, gamba,piede,mano	2.125,00

773	Assistenza chirurgica specialistica vascolare in corso di interventi non di chirurgia vascolare	1.932,05
775	safenectomia totale o parziale e varicectomie (monolaterale)	2.550,00
776	safenectomia totale o parziale e varicectomie (bilateterale)	3.825,00
777	legatura di vene comunicanti e/o varicectomie (monolaterale)	1.275,00
778	legatura di vene comunicanti e/o varicectomie (bilaterale)	2.125,00
779	crossectomia	1.275,00
800	revisione cross per varici recidive e varicectomie	2.125,00
801	fasciotomia decompressiva	1.275,00

ATTI INCRUENTI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

001	in frattura o lussazione cervicale (riduzione)	2.873,00
002	in altre forme	1.395,70

Corsetto gessato

005	in cifosi - scoliosi senza manovre riduttive	1.231,65
006	in scoliosi - cifosi - fratture	2.873,00
007	in frattura di corpo vertebrale (senza riduzione)	1.683,00
008	in frattura di corpo vertebrale (riduzione in iperestensione)	2.339,20
009	in frattura-lussazione di corpo vertebrale (riduzione)	3.283,55
010	in lomboartrosi o lomboischialgia e in altre forme	1.128,80

Toraco brachiale gessato

015	in frattura di scapola	944,35
016	in lussazione acromion-claveare (riduzione)	1.211,25
017	in lussazione scapolo-omeroale (riduzione)	1.436,50
018	in frattura di clavicola composta	944,35
019	in frattura di clavicola scomposta (riduzione)	1.785,85
020	in frattura del collo omeroale composta	944,35
021	in frattura del collo omeroale scomposta (riduzione)	2.339,20
022	in frattura-lussazione della testa omeroale (riduzione)	2.832,20
023	in frattura del trochite omeroale	944,35
024	in frattura della diafisi omeroale composta	1.211,25
025	in frattura della diafisi omeroale scomposta (riduzione)	2.176,00
026	in altre forme	944,35

Emi-gomitiera / gomitiera gessata

030	in lussazione di gomito (riduzione)	1.395,70
031	in lussaz.o sublussaz.del capitello radiale (riduzione)	697,85
032	in frattura sovra-o dia-condiloidea composta	697,85
033	in frattura sovra-o dia-condiloidea scomposta (riduzione)	1.395,70
034	in frattura o distacco condilo-troclea-epitroclea	697,85
035	in frattura diafisaria di radio o di ulna composta (riduzione)	697,85
036	in frattura diafisaria di radio o di ulna scomposta (riduzione)	1.169,60
037	in frattura diafisaria radio ulnare composta	697,85

038	in frattura diafisaria radio ulnare scomposta (riduzione)	1.785,85
039	in frattura di Monteggia (riduzione frattura e lussazione)	1.785,85
040	in frattura di olecrano	697,85
041	in distorsione, contusioni, processi flogistici,ecc.	328,10
<u>Antibrachio-metacarpale gessato</u>		
045	in frattura epifisaria distale di radio e di ulna composta	472,60
046	in frattura di Colles (riduzione)	1.375,30
047	in frattura di ossa carpali	472,60
048	in lussazione di semilunare (riduzione)	1.108,40
049	in altre forme morbose	472,60
<u>Antibrachio-metacarpo-digitale gessato</u>		
055	frattura mono-metacarpale scomposta (riduzione)	821,10
056	frattura mono-metacarpale composta	369,75
057	frattura bi o pluri-metacarpale scomposta (riduzione)	985,15
058	frattura bi o pluri-metacarpale composta	472,60
059	frattura della 1° falange monoradiale composta	369,75
060	frattura della 1° falange monoradiale scomposta	676,60
061	frattura della 1° falange pluri-radiale composta	369,75
062	frattura della 1° falange pluri-radiale scomposta	821,10
063	lussazione carpo-metacarpica (riduzione)	697,85
064	lussazione metacarpo-falangea (riduzione)	697,85
065	Lussazione interfalangea (riduzione)	430,95
<u>Digitale gessato</u>		
070	in frattura di 2° o 3° falange-monoradiale	225,25
071	in frattura di 2° o 3° falange-pluriradiale	410,55
<u>Pelvi-pedidio gessato</u>		
075	in lussaz.congenita d'anca monolaterale Paci-Lorenz 1^ p.	1.231,65
076	in lussaz.congenita d'anca monolaterale Paci-Lorenz 2^ o 3^ p.	738,65
077	in lussaz.congenita d'anca bilaterale Paci-Lorenz 1^ p.	1.887,85
078	in lussaz.congenita d'anca biolaterale Paci-Lorenz 2^ o 3^ p.	738,65
079	in lussazione traumatica d'anca (riduzione)	2.359,60
080	in lussazione centrale del femore (coprotrusio acetabuli) riduz. mediante trazione continua transcheletrica	4.227,90
081	in frattura cervic., inter o per-trocanterica (riduz. secondo Withmann)	2.359,60
082	in frattura diafisaria del femore composta	1.416,95
083	in frattura diafisaria del femore scomposta (riduz.estemp.)	2.359,60
084	in frattura diafisaria del femore scomposta (riduz.transcheletrica)	3.283,55
085	in frattura dei condili femorali composta	1.416,95
086	in frattura dei condili femorali scomposta (riduz.estemp.)	2.359,60
087	in frattura dei condili femorali scomposti (riduz.mediante traz.transchel.)	2.832,20
088	in altre forme morbose o lesioni traumatiche	944,35
089	calzoncino gessato	656,20

stivalone o ginocchiera gessata

095	in frattura di condili tibiali composta	697,85
096	in frattura di condili tibiali scomposta (riduz. estemp.)	1.169,60
097	in frattura dei condili tibiali scomposta (riduz.mediante traz.transcheletrica)	2.359,60
098	in lussazione di ginocchio (riduzione)	1.887,85
099	in frattura della testa o della diafisi peroneale (composta)	513,40
100	in frattura della testa o della diafisi peroneale (riduzione)	738,65
101	in frattura diafisaria tibiale composta	697,85
102	in frattura diafisaria tibiale scomposta (riduz.estemp.)	1.169,60
103	in frattura tibio peroneale composta	697,85
104	in frattura tibio peroneale scomposta (riduz.estemp.)	1.642,20
105	in frattura tibio peroneale scomposta (riduz.mediante traz.transcheletrica)	2.832,20
106	in distorsione di ginocchio	554,20
107	in distorsione di ginocchio previa artrocentesi evac.	697,85
108	in altre forme	554,20

stivaletto gessato

115	in frattura monomalleolare composta	554,20
116	in frattura bi-malleolare composta	697,85
117	in frattura bi-malleolare con lussaz.o sub-lussaz.astraglica (rid.)	1.785,85
118	in frattura di calcagno composta	554,20
119	in frattura di calcagno scomposta (riduz.)	1.785,85
120	in frattura di altre ossa del tarso	554,20
121	in frattura mono-metatarsale	554,20
122	in frattura bi- o pluri-metatarsale	697,85
123	in frattura mono-falangea	472,60
124	in frattura bi- o pluri-falangea	554,20
125	in distorsione tibio-tarsica, sotto astraglica o mediotarsica	369,75
126	in piede torto o piatto-valgo monolaterale	472,60
127	in piede torto o piatto-valgo bilaterale	656,20
128	in altre forme	369,75

Bendaggio secondo Desault

135	in lussazione scapolo-omeroale (riduzione)	944,35
136	in frattura del trochite omeroale	697,85
137	in trauma distorsivo o contusivo scapolo omeroale	472,60

138	<u>Collare gessato</u>	328,10
-----	-------------------------------	--------

139	<u>Collare di Schantz</u>	328,10
-----	----------------------------------	--------

Bendaggio elastico

145	in frattura mono-costale	287,30
146	in frattura pluri-costale	369,75
147	in distorsione di gomito	287,30
148	in distorsione di polso	185,30
149	in distorsione di ginocchio	328,10

150	in distorsione tibio-tarsica o sotto-astragalica o medio tarsica	328,10
	<u>Trazione digitale secondo Mommsen (incluso l'app. gessato)</u>	
155	mono digitale	944,35
156	pluridigitale	1.128,80
	<u>Palmare gessato</u>	
160	in distorsioni, contusioni, processi flogistici, ecc.	225,25
	<u>Emi ginocchiera gessata (monovalve)</u>	
163	in distorsioni, contusioni, processi flogistici ecc.	369,75
	<u>Toilette e sutura di ferita cutanea</u>	
165	di piccola ferita	410,55
166	di vasta ferita	615,40
	<u>Artrocentesi (evacuativa, esplorativa)</u>	
170	di spalla	245,65
171	di gomito	188,70
172	d'anca	328,10
173	di ginocchio	225,25
174	tibio-tarsica	188,70
	<u>Rachicentesi</u>	
180	decompressiva, esplorativa	328,10
	<u>Medicazioni</u>	
183	a piatto	82,45
184	con drenaggio	143,65
	<u>Mobilizzazione in narcosi</u>	
186	di grandi articolazioni (anca, ginocchio, spalla, gomito)	821,10
	<u>Infiltrazioni</u>	
188	(oltre al prezzo del medicinale) intra e/o periarticolare	102,85
189	<u>Gypsotomia definitiva</u>	102,85
	<u>Assistenza medica</u>	
190	Assistenza medica pro die	145,35

COMPOSIZIONE INTERVENTI BIC

Vedi All. A2

INTERVENTI A PACCHETTO

Vedi All. A3

PROCEDURA DI FORMAZIONE DELLE TARIFFE DI DEGENZA

Allegato A1

composizione tariffa atti cruenti - inclusi prestazioni in regime di DH		NOTE
quota PRESTAZIONE CHIRURGICA	si veda tariffario atti cruenti (scontato)	include - Chirurgo primo operatore - équipe chirurgia - Anestesista - ferristi e altro personale di sala - esami di laboratorio standard, - visite routine, - ECG di routine - diagnostica strumentale routine e consulenze con importo inferiore a € 103,00 effettuate entro le 72 ore dall'intervento
COSTI NON RICOMPRESI NELLA TARIFFA:		
quota DRG	30 % DRG di dimissione	
altri esami non standard	esami di anatomia patologica, diagnostica strumentale e eventuali consulenze esterne o interne con costo superiore a € 103,00 o tutte quelle rese dopo le 72 ore dall'intervento	
composizione tariffa atti incruenti e assistenza medica e riabilitativa		
quota DRG	30 % DRG al momento della dimissione	
altri esami non standard	esami di anatomia patologica, diagnostica strumentale e eventuali consulenze esterne o interne con costo superiore a € 103,00	
COMPOSIZIONE INTERVENTI BIC		
quota medico	Si veda Allegato A1	
anestesia	Si veda Allegato A1	
nomenciatore	Si veda Allegato A1	

Allegato A2

BOCANT		INTERVENTO BOCA	NOMENCLAT ORE REG. BOCA	ATTO OPERATORIO BOCA	TARIFFA EQUIPE ANESTESIA (25% CHIRURGO)	TOTALE
codice int ministeria						
0443D	04.43	TUNNEL CARPALE	€ 898,00	€ 1.700,00	€ 425,00	€ 3.023,00
8023D	80.23	ARTROSCOPIA DEL POLSO DIAGNOSTICA	€ 1.320,00	€ 2.125,00	€ 531,00	€ 3.976,00
8023D	80.23	ARTROSCOPIA DEL POLSO CHIRURGICA	€ 1.320,00	€ 2.125,00	€ 531,00	€ 3.976,00
8074D	80.74	SINOVIECTOMIA MANO/DITA	€ 1.134,00	€ 1.700,00	€ 425,00	€ 3.259,00
8172D	81.72	ARTROPLASTICA METAC.FALANGEA	€ 1.750,00	€ 1.700,00	€ 425,00	€ 3.875,00
8175D	81.75	ARTROPLASTICA CARP. E CARPOMTC	€ 1.750,00	€ 2.550,00	€ 637,00	€ 4.937,00
8201D	82.01	ESPLORAZIONE FASCIA TENDINEA MANO	€ 1.134,00	€ 1.275,00	€ 319,00	€ 2.728,00
8212D	82.12	FASCIOTOMIA MANO	€ 1.134,00	€ 1.275,00	€ 319,00	€ 2.728,00
8221D	82.21	ASPORTAZIONE LESIONE FASCIA TENDINEA MANO	€ 1.134,00	€ 1.275,00	€ 319,00	€ 2.728,00
8229D	82.29	ASPORTAZIONE ALTRE LESIONI TESSUTI MOLLI MANO/ NEOFORMAZIONI	€ 1.134,00	€ 1.275,00	€ 319,00	€ 2.728,00
8231D	82.31	BORSECTOMIA MANO	€ 1.134,00	€ 1.275,00	€ 319,00	€ 2.728,00
8233D	82.33	ALTRA TENDINECTOMIA MANO	€ 1.134,00	€ 1.275,00	€ 319,00	€ 2.728,00

8239D	82.39	ALTRA ASPORTAZIONE TESSUTI MOLLI	€ 1.134,00	€ 1.275,00	€ 319,00	€ 2.728,00
8245D	82.45	SUTURA TENDINI MANO	€ 1.294,00	€ 1.275,00	€ 319,00	€ 2.888,00
8253D	82.53	REINSERZIONE TENDINI MANO	€ 1.467,00	€ 1.275,00	€ 319,00	€ 3.061,00
8291D	82.91	LISI ADERENZE MANO/DITO A SCATTO	€ 1.134,00	€ 560,00	€ 140,00	€ 1.834,00
8301D	83.01	ESPLORAZIONE FASCIA TENDINEA MANO	€ 1.341,00	€ 1.020,00	€ 255,00	€ 2.616,00
7756	77.56	RIPARAZIONE DITO A MARTELLO	€ 1.777,00	€ 450,00	€ 112,00	€ 2.339,00
8026D	80.26	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA GINOCCHIO	€ 1.320,00	€ 1.250,00	€ 312,00	€ 2.882,00
8061D	80.61	ASPORTAZIONE ARTROSCOPICA CARTILAGINE GINOCCHIO	€ 2.005,00	€ 2.100,00	€ 525,00	€ 4.630,00

Allegato A3

INTERVENTO	IMPORTO 30% DRG	TARIFFA (scontata 20%) INTERVENTO ASSICURAZIONE (COMPRESA EQUIPE CHIRURGICA)	RETTA DEGENZA	PROTESI/ESAME ISTOLOGICO	TOTALE
ENDOPROTESI degenza 8	€ 2.611,00	€ 7.570,00	€ 3.520,00	€ 1.000,00	€ 14.701,00
ARTROPROTESI ANCA	€ 2.611,00	€ 8.831,00	€ 4.400,00	€ 2.500,00	€ 18.342,00
RICOSTRUZIONE	€ 668,00	€ 7.570,00	€ 1.760,00	€ 500,00	€ 10.498,00
PROTESI GINOCCHIO degenza	€ 2.611,00	€ 9.587,00	€ 4.400,00	€ 2.500,00	€ 19.098,00
SUTURA CUFFIA degenza 3	€ 626,00	€ 5.298,00	€ 1.320,00		€ 7.244,00
SINDROME PRONATORIA	€ 639,00	€ 4.240,00	€ 440,00	€ 300,00	€ 5.619,00
ALLUCE VALGO degenza 2	€ 638,00	€ 4.037,00	€ 880,00	€ 300,00	€ 5.855,00
ALLUCE VALGO + DITO A	€ 638,00	€ 4.794,00	€ 880,00	€ 300,00	€ 6.612,00
FRATTURA FEMORE 8 giorni	€ 1.336,00	€ 6.309,00	€ 3.520,00	€ 1.000,00	€ 12.165,00
FRATTURA TIBIA degenza 6	€ 1.067,00	€ 5.551,00	€ 2.640,00	€ 1.000,00	€ 10.258,00
FRATTURA DITA MANO	€ 400,00	€ 2.270,00	€ 440,00	€ 200,00	€ 3.310,00
FRATTURA POLSO RADIO-	€ 400,00	€ 4.542,00	€ 1.320,00	€ 500,00	€ 6.762,00
FRATTURA SPALLA	€ 626,00	€ 6.054,00	€ 2.200,00	€ 500,00	€ 9.380,00
BIOPSIA OSSEA SEMPLICE	€ 1.451,00	€ 2.522,00	€ 440,00	€ 500,00	€ 4.913,00
BIOPSIA PARTI MOLLI	€ 483,00	€ 1.513,00	€ 440,00	€ 500,00	€ 2.936,00
RIMOZIONE MEZZI DI SINTESI	€ 751,00	€ 2.982,00	€ 880,00		€ 4.613,00
RIMOZIONE MEZZI DI SINTESI	€ 751,00	€ 2.019,00	€ 440,00		€ 3.210,00

RICOVERI NON CHIRURGICI	IMPORTO 30% DRG	TARIFFA (scontata 20%) CHIRURGO - COMPRESI ESAMI STANDARD	RETTA DEGENZA	ESAME ISTOLOGICO	TARIFFA (scontata 20%) RADIOLOGO + TAC
BIOPSIA IN	€ 700,00	€ 2.000,00	€ 880,00	€ 500,00	€ 2.000,00

BIOPSIA SOTTOGUIDATA TAC	€ 1.935,00	€ 1.600,00	€ 880,00	€ 500,00	€ 1.000,00
--------------------------	------------	------------	----------	----------	------------

RICOVERI IN RIABILITAZIONE VIA ISOCRATE	IMPORTO 30% DRG	TARIFFA (scontata 20%) ASSISTENZA MEDICA	RETTA DEGENZA	TOTALE
PROTESI ANCA, GINOCCHIO,	€ 700,00	€ 1.370,00	€ 4.400,00	€ 6.470,00
PROTESI ANCA, GINOCCHIO,	€ 1.400,00	€ 2.740,00	€ 8.800,00	€ 12.940,00

REGOLAMENTO

ART. 1 - PREMESSA

Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso (nel prosieguo Ente Mutuo) costituito sotto gli auspici di Unione Confcommercio – Imprese per l'Italia Milano, Lodi, Monza e Brianza (di seguito Unione Confcommercio), presta le assistenze mediche descritte negli articoli da 9 a 17 del presente Regolamento a favore dei propri Soci e degli iscritti "Aventi Diritto" che ne abbiano accettato Statuto e Regolamenti, presentando apposita domanda di iscrizione. Il trattamento dei dati personali, con l'esplicito consenso di tutti gli iscritti, è finalizzato all'erogazione dei servizi.

ART. 2 - SOCI ORDINARI

Possono iscriversi ad Ente Mutuo in qualità di Soci gli operatori che siano in possesso dei requisiti per iscriversi alle Associazioni costituenti o aderenti alla Confcommercio Imprese per l'Italia - Associazioni Provinciali della Lombardia, nonché alle Associazioni costituenti Confcommercio a carattere Interprovinciale, Regionale, Interregionale, Nazionale per il nucleo dei propri associati con sede, anche se solo operativa, in Lombardia, purché siano in attività, la domanda sia compilata sui moduli editi da Ente Mutuo, sia completa in ogni sua parte, siano allegati tutti i documenti in essa richiesti e infine sia stata accolta con decisione insindacabile del Consiglio di Amministrazione, delegabile al Comitato esecutivo di cui all'Art. 15, comma 3, lett. f., dello Statuto, qualora nominato.

Possono iscriversi in qualità di Soci anche:

- a) coloro che in passato siano stati iscritti alle Associazioni aderenti a Unione Confcommercio e che siano già iscritti ad Ente Mutuo per il periodo di tempo indicato nel "Regolamento Attuativo";
- b) coloro che, nei limiti del 5 % della compagine sociale di Ente Mutuo e sino ad esaurimento di detta percentuale, ancorché privi dei requisiti per iscriversi alle Associazioni aderenti a Unione Confcommercio, facendone domanda, ottengano parere favorevole del Consiglio di Amministrazione, delegabile al Comitato esecutivo di cui all'Art. 15, comma 3, lett. f. dello Statuto, qualora nominato.

Mantengono la qualifica di Socio coloro che ai sensi delle precedenti disposizioni statutarie e regolamentari erano qualificati tali alla data del 30 novembre 2015, data di entrata in vigore del nuovo Statuto di Ente Mutuo.

ART. 3 - ISCRIZIONE

L'iscrizione a Ente Mutuo è obbligatoria per un periodo minimo di tre anni solari successivi a quello di iscrizione e, successivamente, si rinnova tacitamente di anno in anno salvo disdetta da comunicare a Ente Mutuo a mezzo di lettera raccomandata, da inviarsi entro e non oltre il 30 settembre di ogni anno.

Il predetto termine è perentorio.

L'iscrizione è estesa a tutti i membri del nucleo familiare del Socio che diventano "Aventi Diritto" dei servizi e delle prestazioni medico-sanitarie; tale obbligo può venir meno solo per quel membro del nucleo familiare già iscritto ad altra assistenza sanitaria privata, purché ne fornisca la prova documentale.

La domanda di iscrizione deve essere presentata debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente, sui moduli predisposti da Ente Mutuo, allegando tutta la documentazione richiesta, con l'indicazione della forma di assistenza prescelta ed ammessa in relazione all'età e l'elenco di tutti i componenti del nucleo familiare che obbligatoriamente devono essere compresi nell'iscrizione in qualità di "Aventi Diritto".

L'iscrizione è ammessa sino al cinquantacinquesimo anno di età per le forme C, D e Dplus e al sessantaduesimo anno di età per la forma B.

Nel corso del rapporto associativo ogni variazione delle condizioni dichiarate dovrà essere tempestivamente denunciata entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui si è verificato l'evento, pena la decadenza dal diritto all'assistenza. È facoltà di Ente Mutuo, in caso di omessa denuncia, risolvere il rapporto associativo.

Non è prevista né consentita nessuna forma di sospensione dell'iscrizione all'Ente.

ART. 4 - CONTRIBUTI ASSOCIATIVI O INTEGRATIVI

Tutti i contributi, statutariamente stabiliti dal Consiglio di Amministrazione sia per i Soci che per gli "Aventi Diritto", devono essere corrisposti anticipatamente dal Socio secondo le modalità ed i termini di anno in anno stabiliti.

I Contributi sono deliberati in cifra annuale e non sono divisibili in relazione ad eventi che possano verificarsi nel corso dell'anno quali, a titolo meramente esemplificativo: cessazioni di attività, trasferimento di residenza, decessi, ecc.

Per i Soci di cui all'articolo 2, comma secondo, lettera a) e b) del presente Regolamento è previsto un contributo aggiuntivo, detto integrativo, nella misura stabilita di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione.

La reinscrizione del Socio a Unione Confcommercio comporta la facoltà di ottenere lo storno del contributo integrativo solo ed esclusivamente per l'anno in cui viene presentata la domanda e questa sia accolta da Ente Mutuo.

Ai Soci morosi, che sono in ogni caso obbligatoriamente tenuti al pagamento dei contributi relativi all'annualità in corso, verranno addebitati gli interessi legali.

Ai Soci che siano stati sempre puntuali nei pagamenti e che risultino iscritti, continuativamente, per almeno dieci anni, dall'undicesimo anno verranno applicate riduzioni ai contributi associativi, stabilite annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

Ai Soci che non risulteranno più iscritti da almeno un anno alle Associazioni costituenti o aderenti alla Confcommercio Imprese per l'Italia – Associazioni Provinciali della Lombardia, nonché alle Associazioni costituenti Confcommercio a carattere Interprovinciale, Regionale Interregionale, Nazionale con sede anche se solo operativa in Lombardia verrà applicato il contributo integrativo. Sarà loro cura verificare la loro posizione negli elenchi delle Associazioni sopracitate. Nel caso risultino iscritti con altra ragione Sociale o diversa Società, dovranno darne comunicazione ad Ente Mutuo che provvederà allo storno della quota per l'anno in cui avvenga tale comunicazione.

ART. 5 - DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

L'erogazione di sussidi per spese sanitarie e di trattamenti e prestazioni socio sanitarie, prevista nel presente Regolamento nelle varie e diverse forme di assistenza, potrà avvenire solo ed esclusivamente a favore dei Soci e "Aventi Diritto" in regola con i pagamenti dei contributi associativi.

In caso di morosità nei pagamenti dei contributi associativi l'assistenza di Ente Mutuo viene sospesa.

La sospensione dell'assistenza decorre, in caso di pagamenti dei contributi in forma quadrimestrale, con la scadenza della seconda rata consecutiva non pagata, mentre, in caso di pagamento dei contributi in unica soluzione, con la scadenza di detto pagamento.

Soltanto dopo 30 giorni dal pagamento degli importi a qualsiasi titolo dovuti, il Socio e conseguentemente gli "Aventi Diritto", saranno riammessi al diritto delle prestazioni.

ART. 6 - DECORRENZA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il diritto alle prestazioni, salvo quanto riportato all'Art.11, decorre:

- 30 giorni dopo l'iscrizione per l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- 90 giorni dopo l'iscrizione per l'assistenza ospedaliera;
- 300 giorni dopo l'iscrizione per il ricovero per l'espletamento del parto e per le prestazioni ad esso connesse.

Il coniuge ed i figli di tutti gli iscritti, hanno diritto alle prestazioni rispettivamente dalla data di matrimonio e di nascita e l'iscrizione deve obbligatoriamente avvenire entro 30 giorni dall'evento.

In caso di parto il termine di 300 giorni, indicato nel primo comma, si computa dalla data di iscrizione della partoriente.

ART. 7 - CESSAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Al venir meno dei requisiti richiesti dallo Statuto, dal Regolamento e di quelli dichiarati dal Socio, cessa il diritto all'assistenza sanitaria.

L'esclusione dal diritto alle prestazioni è deliberata dal Consiglio di Amministrazione secondo quanto previsto nello Statuto. Il provvedimento di esclusione ha effetto immediato dalla data della delibera e si estende a tutti gli "Aventi Diritto". Il provvedimento di esclusione viene comunicato tramite raccomandata A/R al Socio e ai rispettivi "Aventi Diritto" all'ultimo domicilio noto a Ente Mutuo.

L'assistenza sanitaria cesserà con effetto immediato dalla comunicazione di esclusione, salvo casi particolari che dovranno essere deliberati dal Consiglio di Amministrazione.

ART. 8 - REVOCA E PERDITA DELLA QUALITÀ' DI SOCIO

La revoca della qualità di Socio potrà essere decisa dal Consiglio di Amministrazione allorché vengano meno i presupposti per l'iscrizione a Ente Mutuo ed in particolare in caso di morosità nel pagamento dei contributi, a partire dall'anno successivo alla condizione di morosità rappresentata.

Il Socio receduto non ha diritto alla restituzione di alcun fondo Sociale.

Il Socio escluso a norma dello Statuto Sociale non ha diritto alla restituzione di alcun fondo Sociale.

In caso di morte del Socio i rimborsi eventualmente maturati verranno liquidati agli eredi legittimi nelle misure e nelle forme previste dal Codice Civile.

Gli eredi legittimi ai quali andranno liquidati i rimborsi potranno delegare uno solo di loro a riscuotere l'intera somma. Tale pagamento avrà effetto liberatorio ai sensi di legge nei confronti di tutti gli eredi legittimi e/o beneficiari.

Gli eredi del Socio deceduto non hanno diritto alla restituzione di alcun fondo Sociale.

Il rapporto tra Ente Mutuo e gli "Aventi Diritto" si estingue a tutti gli effetti con il decesso del Socio, con il suo recesso ovvero con l'esclusione o la decadenza da tale qualifica.

ART. 9 - FORME DI ASSISTENZA

Le forme di assistenza tipo B, C, D, Dplus offerte da Ente Mutuo sono disciplinate dal presente Regolamento e dai rispettivi allegati. Al momento dell'iscrizione il Socio deve indicare, nella modulistica consegnata da Ente Mutuo, la forma di assistenza di cui intende usufruire, unica per tutto il proprio nucleo familiare.

Eventuali richieste di variazione del tipo di forma di assistenza devono essere presentate dal Socio al Consiglio di Amministrazione che delibererà in merito entro il 30 settembre di ciascun anno, per avere efficacia, nel caso di accettazione, a decorrere dal primo gennaio dell'anno successivo.

Ogni variazione del tipo di forma è consentita, nel rispetto dei limiti di età previsti dall'Art. 3, dopo un periodo minimo di cinque anni solari decorrente dalla prima iscrizione o dalla successiva variazione di forma e previo parere favorevole della Direzione. La Direzione, al fine di istruire la domanda, è autorizzata ad effettuare gli accertamenti che riterrà più opportuni.

Gli iscritti che abbiano già compiuto il sessantesimo anno di età non potranno richiedere il passaggio alla forma di assistenza più completa.

Le forme di assistenza sono:

Tipo B (Art.13) Tipo C (Art.14) Tipo D (Art.15) Tipo Dplus (Art.16).

ART. 10 - PRESTAZIONI

L'assistenza agli iscritti nelle varie forme indicate per tipo è erogata in forma diretta, tramite strutture sanitarie convenzionate per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica ambulatoriale ed in forma indiretta per mezzo di rimborsi. L'assistenza ospedaliera, sia diretta che indiretta, copre la degenza per un periodo massimo di 10 giorni, salvo proroghe rilasciate per iscritto esclusivamente da Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso.

L'erogazione delle prestazioni avviene con i criteri di rimborso, le modalità e le limitazioni presenti nel Regolamento e negli allegati.

L'esclusione di una patologia comporta l'esclusione di ogni prestazione ad essa correlata.

Per quanto attiene al passaggio di forma più completa, le patologie preesistenti saranno assoggettate alle regole della forma di assistenza precedente (secondo Art. 11 – punto 008 del vigente Regolamento).

Per il passaggio dalla forma B ad una forma superiore, il diritto alle prestazioni decorre dopo 90 giorni per l'assistenza ospedaliera e 300 giorni per l'espletamento del parto come specificato nell'Art. 6.

La documentazione delle spese sanitarie, fatta eccezione per la sola copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'Istituto/ospedale curante, deve essere consegnata in copia libera ad Ente Mutuo e in regola con le leggi fiscali vigenti ed allegata unitamente ai diversi moduli predisposti per ogni evenienza (allegati 1, 3, 8). Non si rimborsano fatture in acconto, se non accompagnate a quelle a saldo e non si rimborsano prestazioni non ancora interamente eseguite. Con riferimento alla normativa fiscale in tema di bollo (DPR 642/1972) l'applicazione dell'imposta di bollo, ove dovuta, rimane a carico dell'intestatario della fattura.

Sono soggette a rimborso esclusivamente le prestazioni sanitarie di comprovata efficacia clinica; non si rimborsano protocolli di studio o terapie sperimentali.

Ente Mutuo si riserva di convocare l'assistito per eventuali approfondimenti (visita, storia clinica, chiarimenti vari, ecc.) e di richiedere tutta la documentazione che si ritenga utile acquisire agli atti. L'assistito che non ottemperi nei termini indicati alle richieste di Ente Mutuo decade dal diritto al rimborso.

L'assistenza si articola nelle seguenti prestazioni:

■ 10.1) Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Le prestazioni medico specialistiche vengono erogate in forma diretta presso strutture sanitarie convenzionate, previa autorizzazione emessa da Ente Mutuo su richiesta o referto del medico curante (medico di base/specialista) con validità di 12 mesi dalla data del rilascio.

La richiesta, o referto, del medico curante con diagnosi è necessaria per tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con l'unica eccezione delle visite specialistiche che possono essere richieste direttamente dal Socio e/o "avente diritto" tramite apposita autocertificazione (allegato 2), nei limiti di quanto stabilito nell'Art. 10.1.1.

L'autorizzazione ha una validità di 30 giorni dalla data del rilascio; può essere rinnovata con analoga validità di 30 giorni nel corso dell'anno di competenza, ma entro e non oltre il 31 Gennaio dell'anno successivo.

Non è consentito richiedere o emettere l'autorizzazione dopo che sono già state erogate le prestazioni.

La richiesta, o referto, deve necessariamente rimanere allegata all'autorizzazione.

■ 10.1.1) Visite specialistiche (tipo B, D e Dplus)

Le visite specialistiche sono erogate o rimborsate fino ad un massimo di 7 all'anno per persona indipendentemente dalla

branca specialistica; dall'ottava visita, solo per la forma diretta, il 50% del costo della prestazione sarà a carico dell'assistito; per la forma indiretta i rimborsi verranno erogati regolarmente. Si precisa, inoltre, che dalla terza visita di medesima branca è tassativamente necessario produrre richiesta del medico curante riportante la diagnosi, in caso contrario non potrà essere rilasciata la relativa autorizzazione.

Da tale Regola sono escluse:

- ☐ Ostetricia
- ☐ Pediatria
- ☐ Fisiatria (massimo 2 visite all'anno tra forma diretta e indiretta)
- ☐ Agopuntura (massimo 2 visite all'anno solo in forma indiretta)
- ☐ Odontoiatria - regolamentata dall'Art. 10.1.3

In forma diretta, rientrano nel massimale di 7 visite annue anche 2 visite dietologiche, purché effettuate da un medico laureato in medicina e chirurgia, che si occupa di nutrizione e specializzato in scienze dell'alimentazione.

Le visite specialistiche in forma diretta sono erogate presso le strutture sanitarie convenzionate con l'Ente.

Nel caso di superamento dei massimali di spesa deliberati dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4), si applicano le quote a carico descritte nell'Art. 10.1.4 "Disposizioni di carattere generale relative agli Art. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3".

In forma indiretta possono essere rimborsate solamente le visite specialistiche indicate nel "Nomenclatore tariffario dei rimborsi per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" (allegato 5).

Non sono previsti rimborsi per le visite non presenti nel Nomenclatore tariffario.

Sempre con riferimento al Nomenclatore tariffario sono rimborsabili anche le visite fruite all'estero.

Alla richiesta di rimborso (allegato 1), vanno allegare le copie libere delle fatture quietanzate recanti il nominativo del medico che ha effettuato la visita, la tipologia della stessa, l'eventuale specializzazione posseduta dal professionista, il numero delle visite, gli importi di ogni singola visita, le date di ogni singola visita e la richiesta del medico curante con la diagnosi di malattia.

■ 10.1.2) Altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (tipo B, D e Dplus)

Le altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (radiologia diagnostica, prestazioni di laboratorio, prestazioni di diagnostica strumentale, terapia fisica, respiratoria e riabilitativa) sono erogate gratuitamente in forma diretta per l'intero arco dell'anno entro i limiti e i massimali previsti dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4) presso le strutture sanitarie convenzionate con l'Ente.

In caso di superamento degli stessi si applicano le quote a carico descritte nell'Art. 10.1.4 "Disposizioni di carattere generale relative agli Art. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3".

Le prestazioni di terapia fisica e riabilitazione inerenti la fisiochinesiterapia (escluse le terapie con finalità estetiche, non riconosciute da Ente Mutuo), sono erogate o rimborsate, in cicli di dieci (10) sedute, ripetibili al massimo due volte l'anno per tipologia di prestazione. Per i gruppi di prestazioni sotto riportate, il limite massimo di 20 sedute per anno solare è da intendersi cumulabile fra loro.

- | | | |
|------------|--|--|
| 1° Gruppo: | <input type="radio"/> Chinesiterapia | <input type="radio"/> Ginnastica Propriocettiva e posturale |
| | <input type="radio"/> Riabilitazione Post-operatoria | <input type="radio"/> Rieducazione Neuromotoria |
| | <input type="radio"/> Riabilitazione Post-traumatica | <input type="radio"/> Trattamento osteopatico (solo in forma indiretta max 3 all'anno) |
| 2° Gruppo: | <input type="radio"/> Idrochinesiterapia | <input type="radio"/> Ginnastica vascolare in acqua. |

Fanno eccezione le prestazioni:

- ☐ Tecarterapia, erogate con un limite di 10 prestazioni l'anno.
- ☐ Onde d'urto, erogate in cicli di tre (3) sedute, ripetibili al massimo due volte l'anno.

Per le prestazioni di laboratorio di analisi in forma diretta è previsto, all'interno del massimale di spesa individuale annuo, un massimale annuo di spesa pari ad € 200,00, oltre a tale importo il socio avrà a proprio carico il 100% della spesa eccedente. In forma indiretta possono essere rimborsate soltanto le prestazioni ambulatoriali riportate nel "Nomenclatore tariffario dei rimborsi per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" (allegato 5); non sono previsti rimborsi per le altre prestazioni specialistiche non presenti nel Nomenclatore tariffario.

In particolare è esclusa la forma di assistenza indiretta per: scintigrafie, prestazioni di laboratorio, risonanza magnetica nucleare (R.M.), tomografia computerizzata (T.C.) e densitometria ossea (M.O.C.), salvo le prestazioni riportate nell'allegato 5. Per i piccoli interventi/atti medici di chirurgia ambulatoriale dermatologica, che non necessitano dell'utilizzo della sala operatoria, l'Ente riconosce una partecipazione alla spesa per un importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (allegato 5) per non più di due sedute per anno solare.

Sempre con riferimento al Nomenclatore tariffario, sono rimborsabili anche le prestazioni specialistiche fruite all'estero nei casi di urgenza medica.

Le prestazioni di "infiltrazioni endoarticolari o periarticolari" vengono riconosciute in un quantitativo massimo di 5 per anno solare tra forma diretta e indiretta.

Alla richiesta di rimborso (allegato 1), vanno allegare le copie libere delle fatture quietanzate recanti il numero ed il tipo delle prestazioni, gli importi di ogni singola prestazione, le date in cui sono state effettuate e la diagnosi di malattia per cui sono state effettuate le prestazioni.

■ 10.1.3) Prestazioni odontoiatriche (tipo B, D e Dplus)

Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute dall'Ente in forma diretta entro i limiti e i massimali previsti dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4) presso le strutture sanitarie convenzionate con l'Ente.

In caso di superamento degli stessi si applicano le quote a carico descritte nell'Art. 10.1.4 "Disposizioni di carattere generale relative agli Art. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3" del presente Regolamento.

Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute dall'Ente in forma indiretta tramite una partecipazione alla spesa sostenuta, nella misura prevista dal "Nomenclatore tariffario dei rimborsi per le prestazioni odontoiatriche" (allegato 6).

Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute solo se effettuate da un odontoiatra nei limiti e con le modalità previste nelle "Norme per l'erogazione in forma diretta e indiretta delle prestazioni odontoiatriche (allegato 7)".

In merito alle prestazioni riportate nell'allegato 7 si precisa che, per le prestazioni di seguito riportate, il limite erogabile comprende forma diretta e indiretta:

- Visita odontoiatrica: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente massimo 2 volte nell'anno solare con limite di 1 visita per scheda odontoiatrica (ciclo di cura).
- Ablazione tartaro: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente massimo 2 volte per ogni quadrante nell'anno solare.
- Levigatura radicolare: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente massimo 2 volte per ogni quadrante nell'anno solare.
- Courettage gengivale: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente massimo 1 volta per ogni quadrante nell'anno solare.
- Gengivectomia o Gengivoplastica: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente massimo 1 volta per ogni quadrante nell'anno solare.

Non sono riconosciute al rimborso le prestazioni effettuate da odontotecnici.

Non sono riconosciute al rimborso le protesi, la chirurgia implantare, le cure protesiche ed i relativi accertamenti diagnostici.

Non è riconosciuta ogni altra prestazione non espressamente riportata nel Nomenclatore tariffario odontoiatrico ed i relativi accertamenti diagnostici.

Sempre con riferimento al Nomenclatore tariffario sono rimborsabili anche le prestazioni fruitive all'estero nei casi di urgenza medica.

Insieme alla richiesta di rimborso in forma indiretta (allegato 1), l'assistito dovrà presentare copia libera della fattura quietanzata con la specifica dettagliata delle singole prestazioni effettuate con relativi onorari, le date in cui sono state effettuate le prestazioni e la "Scheda riepilogativa delle prestazioni odontoiatriche" (allegato 8) debitamente compilata e la documentazione sanitaria (opt, rx-endorali, fotografie, cartella clinica, etc...) attestante la necessità e veridicità delle prestazioni effettuate. In caso di documentazione non idonea o insufficiente, non verrà erogato alcun rimborso.

Ente Mutuo si riserva la facoltà di convocare a visita l'assistito e richiedere in visione l'esame ortopantomografico delle arcate dentarie, le radiografie endorali ed ogni altra documentazione sanitaria che ritenga opportuno acquisire agli atti.

■ 10.1.4) Disposizioni di carattere generale relative agli Art. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3 – Quote a carico

Qualora nel corso dell'anno solare il totale del valore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate in strutture sanitarie convenzionate, nonché i rimborsi effettuati all'assistito (escluse le spese per assistenza ospedaliera e i contributi per altre prestazioni come il contributo di natalità, i ticket rimborsati per le sole prestazioni di laboratorio, i rimborsi per prestazioni come apparecchi ortodontici, trasporto autoambulanza, lenti correttive della vista) superi gli importi decisi di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4), l'assistito dovrà contribuire con una quota a carico* al pagamento degli importi eccedenti il massimale prefissato come segue:

- ✓ per il 20% se la spesa eccedente sarà inferiore o pari alla metà del massimale fissato di anno in anno;
- ✓ per il 30% se la spesa eccedente sarà superiore alla metà del massimale fissato di anno in anno;
- ✓ per il 50% se l'assistito avrà superato del doppio il massimale previsto;
- ✓ del 100% qualora l'assistito avrà superato del triplo il massimale previsto; la prestazione sarà quindi interamente a carico dello stesso.

Gli importi di cui sopra sono cumulabili per nucleo familiare, per cui la quota a carico* si applica oltre l'importo complessivo.

Ai Soci che, in corso d'anno, non utilizzano completamente il massimale di spesa attribuito, sarà riconosciuta, nell'anno

successivo, una quota a credito pari al 50% dell'importo non usufruito. Tale quota aumenterà pertanto il massimale individuale stabilito dal Consiglio di Amministrazione. La quota a credito cumulata nel corso degli anni non potrà essere superiore al massimale annuo spettante al nucleo familiare (all. 4).

* quota a carico: importo che l'iscritto verserà direttamente alla struttura prescelta. Tale struttura provvederà all'emissione della relativa fattura.

■ 10.2) Assistenza Ospedaliera

L'Ente si riserva la possibilità di poter inviare presso la struttura un proprio Consulente Medico per le eventuali verifiche dell'iter diagnostico del paziente. Si riserva, inoltre, di convocare l'assistito per eventuali approfondimenti. In caso di interventi di blefarocalasi, rinosettoplastica, ptosi ed altri casi che possono ravvisare interventi di chirurgia estetica, è necessario effettuare visite pre e post operatorie presso il Consulente Medico di Ente Mutuo.

Il rimborso per ricovero o day hospital o day surgery è tassativamente escluso nei casi riportati nell'Art. 11 e limitato agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

L'importo del massimale complessivo annuale per l'assistenza ospedaliera (diretta ed indiretta) riconosciuto ad ogni assistito è stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4).

Nessun rimborso è possibile se, dalla documentazione inviata, non risulta chiaramente che la struttura in questione è una struttura sanitaria autorizzata.

Per "day hospital" o "day surgery" si intende il ricovero limitato ad una sola giornata senza permanenza notturna, per tutte quelle patologie medico-chirurgiche che richiedono procedure diagnostiche e terapeutiche anche in anestesia locale, loco-regionale, generale.

Sono riconosciute le prestazioni in forma diretta e indiretta solo agli assistiti in regola con i pagamenti come previsto dall'Art. 5 del presente Regolamento.

L'assistenza ospedaliera in forma diretta, presso strutture sanitarie convenzionate, è erogabile solamente previa acquisizione da parte della struttura di autorizzazione scritta di Ente Mutuo, che l'assistito è tenuto a verificare per conoscere se l'Ente si è assunto o meno la copertura delle spese sanitarie.

Per le forme C-D-Plus sono riconosciuti come esami pre-ricovero: esami ematochimici, visita anestesiologicala, visita cardiologica ed elettrocardiogramma, rx torace.

L'Iva, sia per prestazioni sanitarie erogate in forma diretta che indiretta, viene rimborsata fino al limite massimo del 22%. In caso di eventuali aumenti, la differenza resterà a carico dell'assistito.

■ 10.2.1) Per i soli iscritti alla forma B

> Partecipazione alla spesa.

In caso di ricovero o day hospital o day surgery in Italia o all'estero (il ricovero all'estero necessita di autorizzazione preventiva rilasciata dall'Ente, con l'eccezione degli interventi documentati di urgenza) presso strutture sanitarie private o reparto solventi di strutture sanitarie pubbliche, l'Ente riconosce una partecipazione alla spesa per un importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4) e con un massimale annuo di 30 giorni di degenza, limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9) e con l'esclusione dei ricoveri per i punti indicati nell'Art. 11 del Regolamento.

L'assistito dovrà far pervenire all'Ente la richiesta di rimborso (allegato 3), copia libera delle fatture quietanzate, fatta eccezione per la sola copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'Istituto/ospedale curante.

Nei ricoveri per parto la partecipazione alla spesa (in alternativa al contributo di natalità), viene riconosciuta purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

■ 10.2.2) Per i soli iscritti alla forma C e D

> Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie non convenzionate.

L'assistito è libero di recarsi presso la struttura sanitaria da lui prescelta in Italia o all'estero. Il ricovero all'estero necessita di autorizzazione preventiva rilasciata da Ente Mutuo con l'eccezione degli interventi documentati di urgenza medica. L'assistito dovrà provvedere direttamente al saldo delle spese relative al ricovero. Per ottenere il rimborso oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) dovrà presentare a Ente Mutuo copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, fatta eccezione per la sola copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'Istituto/ospedale curante.

Ente Mutuo riconosce secondo il Nomenclatore tariffario:

- a) la spesa prevista in caso di intervento chirurgico per le prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'ane-

stesista, dello strumentista/ferrista durante il ricovero (che deve intendersi comprensiva anche di tutta l'assistenza - visite ed altre prestazioni - prestata dall'équipe medico chirurgica durante l'intero arco del ricovero); se gli interventi chirurgici, in regime di ricovero, sono diversi (più di uno), viene corrisposta la tariffa massima per l'intervento principale (o economicamente più oneroso), mentre per gli altri la tariffa viene ridotta del 50% (allegato 9 parte 1);

- b)** la spesa prevista per l'assistenza medica nei ricoveri medici senza intervento chirurgico in regime di ricovero, comprendente tutte le prestazioni dei medici del reparto di ricovero (allegato 9 parte 2);
- c)** la spesa prevista per i consulti medici richiesti e documentati in cartella clinica (allegato 9 parte 3);
- d)** il costo per la sala operatoria che deve intendersi comprensivo anche dell'uso di qualsiasi attrezzatura (allegato 9 parte 4);
- e)** l'importo per la degenza (allegato 9 parte 5);
- f)** il rimborso nella misura del 60% della spesa sostenuta per i medicinali e i materiali utilizzati durante il ricovero. I prezzi fatturati non possono in ogni caso superare quelli pubblicati annualmente dall'Informatore Farmaceutico;
- g)** il 60% dei costi per eventuali endoprotesi, entro il limite massimo rimborsabile di € 5.000,00;
- h)** il 60% della spesa sostenuta per prestazioni di diagnostica (di laboratorio o strumentale o per immagini).

Ente Mutuo, per i punti sopra indicati a), b), c), d), e), riconosce il rimborso nei limiti massimi dell'importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione e pubblicato sul "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9). Il ricovero per parto, viene riconosciuto purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

> Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie convenzionate direttamente con Ente Mutuo.

Gli assistiti delle forme di assistenza tipo C e D potranno accedere direttamente a queste strutture sanitarie, previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo alla struttura convenzionata prescelta.

Le spese sanitarie sostenute, con l'esclusione delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo ecc. che saranno totalmente a carico dell'assistito, saranno saldate per il 20% dall'assistito mentre il restante 80% verrà saldato da Ente Mutuo.

In questo caso l'assistito è libero di recarsi presso la struttura sanitaria da lui prescelta tra quelle convenzionate e di scegliere l'équipe medica preferita tra quelle che hanno aderito alla convenzione.

Non è possibile scegliere solo una parte dell'équipe convenzionata.

In caso uno o più componenti dell'équipe non avessero accettato la convenzione, tutta l'équipe è considerata non convenzionata.

L'Ente rimborsa in convenzione l'onorario previsto per l'équipe completa; per tale motivo l'assistito non può richiedere il rimborso in assistenza indiretta dell'onorario di un sanitario non facente parte dell'équipe chirurgica convenzionata.

Nel caso in cui l'assistito intenda avvalersi di un'équipe medica non convenzionata, ai fini del pagamento dovrà:

- saldare le spese extra in genere ed il 20% delle spese addebitate dalla struttura sanitaria (il residuo 80% è a carico dell'Ente);
- saldare il 100% delle spese addebitate dall'équipe medica e inoltrare all'Ente, oltre alla domanda di rimborso (allegato 3) la copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate che verranno rimborsate secondo il "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9 parte 1).

> Passaggio di classe (differenza alberghiera).

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del servizio pubblico tranne che per il pagamento della differenza della retta di degenza, Ente Mutuo riconosce un importo giornaliero stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

In tal caso l'assistito dovrà presentare all'Ente, oltre alla domanda di rimborso (allegato 3), copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate.

> Indennità economica – Ricovero o day hospital o day surgery effettuato in regime di SSN presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate, per cui Ente Mutuo non è gravato da alcun onere, è riconosciuta un'indennità economica giornaliera per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9). Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale o day hospital, ma con accesso-erogazione MAC o BOCA, non prevedono il riconoscimento dell'indennità economica.

L'indennità economica non viene riconosciuta in caso di esami prericovero.

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata.

L'assistito dovrà far pervenire all'Ente, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

L'indennità economica, nei ricoveri per parto, viene riconosciuta purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

➤ **Contributo economico – Ricovero per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private.**

Nei casi di ricoveri per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o private, a seguito di intervento cardiologico a torace aperto e di protesi d'anca e di ginocchio, conformemente a quanto previsto nell'Art. 11 – punto 021, in luogo del rimborso per ricovero, è riconosciuto un contributo economico giornaliero per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4).

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata.

L'assistito dovrà far pervenire all'Ente, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) copia della cartella clinica, che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante nonché le eventuali copie libere delle relative fatture quietanzate in caso di ricovero presso struttura sanitaria privata.

➤ **Chirurgia dermatologica – rimborso indiretto**

Per gli interventi che riguardano la chirurgia dermatologica in genere (fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti) e che necessitano dell'utilizzo di sala operatoria, effettuati presso strutture sanitarie pubbliche (reparto solventi) e private, è riconosciuta una partecipazione alla spesa per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione, fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4). Si precisa altresì che sono escluse dal rimborso tutte le applicazioni di carattere estetico.

L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), copia della cartella clinica, che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante o in mancanza di questa la descrizione dell'intervento corredata da copia libera delle fatture quietanzate accompagnate dal referto istologico.

■ **10.2.3) Per i soli iscritti alla forma Dplus**

➤ **Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie non convenzionate.**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery in Italia o all'estero (il ricovero all'estero necessita di autorizzazione preventiva rilasciata dall'Ente con l'eccezione degli interventi documentati di urgenza medica) presso strutture sanitarie pubbliche (reparto solventi) e private non convenzionate, è previsto il rimborso del 60% della spesa sostenuta, con l'esclusione delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo, ecc. che saranno totalmente a carico dell'assistito.

Tale rimborso comunque non potrà essere inferiore all'importo previsto dal Nomenclatore tariffario, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

Per i ricoveri per l'espletamento del parto è previsto un rimborso massimo onnicomprensivo che sarà rispondente all'importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente (allegato 4).

Per ottenere il rimborso, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), l'assistito dovrà presentare all'Ente copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

Il ricovero per parto, viene riconosciuto purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

➤ **Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie convenzionate direttamente con Ente Mutuo.**

Gli assistiti della forma di assistenza tipo Dplus, previa autorizzazione scritta rilasciata da Ente Mutuo alla struttura stessa, potranno accedere direttamente alle strutture sanitarie convenzionate ed usufruire della équipe medica che ha aderito alla convenzione senza sostenere alcun onere, salvo il pagamento delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo, ecc. che saranno totalmente a carico dell'assistito. Nel caso in cui l'assistito intenda avvalersi di un'équipe medica non convenzionata, dovrà saldare il 100% delle spese addebitate dall'équipe medica e successivamente inoltrare all'Ente, oltre alla domanda di rimborso (allegato 3), copia libera delle fatture relative quietanzate con specifica dettagliata delle singole voci di spesa e la copia della cartella clinica che dovrà

essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

Le fatture verranno rimborsate nella misura del 60%, limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

Tale rimborso comunque non potrà essere inferiore all'importo previsto dal Nomenclatore tariffario, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Il ricovero per parto con équipe medico/chirurgica non convenzionata verrà considerato totalmente in forma indiretta.

➤ **Passaggio di classe (differenza alberghiera).**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del servizio pubblico, tranne che per il pagamento della differenza della retta di degenza, Ente Mutuo riconosce un importo giornaliero stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

In tal caso l'assistito dovrà presentare all'Ente, oltre alla domanda di rimborso (allegato 3), copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate.

➤ **Indennità economica – Ricovero o day hospital o day surgery effettuato in regime di SSN presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate, per cui Ente Mutuo non è gravato da alcun onere, è riconosciuta un'indennità economica giornaliera per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale o day hospital, ma con accesso-erogazione MAC o BOCA, non prevedono il riconoscimento dell'indennità economica.

L'indennità economica non viene riconosciuta in caso di esami prericovero.

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata.

L'assistito dovrà far pervenire all'Ente, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

L'indennità economica, nei ricoveri per parto, viene riconosciuta purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

➤ **Contributo economico – Ricovero per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private.**

Nei casi di ricoveri per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o private, a seguito di intervento cardiologico a torace aperto e di protesi d'anca e di ginocchio, conformemente a quanto previsto nell'Art. 11 – punto 021, in luogo del rimborso per ricovero, è riconosciuto un contributo economico giornaliero per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4).

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata.

L'assistito dovrà far pervenire all'Ente, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate in caso di ricovero presso struttura sanitaria privata.

➤ **Chirurgia dermatologica – rimborso indiretto**

Per gli interventi che riguardano la chirurgia dermatologica in genere (fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti) e che necessitano dell'utilizzo di sala operatoria, effettuati presso strutture sanitarie pubbliche (reparto solventi) e private, è riconosciuta una partecipazione alla spesa per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione, fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4). Si precisa altresì che sono escluse dal rimborso tutte le applicazioni di carattere estetico.

L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, o, in mancanza di questa, la descrizione dell'intervento corredata da copia libera delle fatture quietanzate accompagnate dal referto istologico.

■ **10.2.4) Interventi di chirurgia ambulatoriale (tipo C, D)**

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale presso strutture sanitarie non convenzionate, Ente Mutuo riconosce secondo il Nomenclatore tariffario:

- a) la spesa prevista in caso di intervento chirurgico per le prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista e dello strumentista/ferriista che deve intendersi comprensiva anche di tutta l'assistenza – visite ed

altre prestazioni – prestata dall'équipe medico chirurgica; se gli interventi chirurgici sono diversi (più di uno), viene corrisposta la tariffa massima per l'intervento principale (o economicamente più oneroso), mentre per gli altri la tariffa viene ridotta del 50% (allegato 9 parte 1);

- b)** la spesa prevista per i consulti medici richiesti e documentati in diario operatorio (allegato 9 parte 3);
- c)** il costo per la sala operatoria che deve intendersi comprensivo anche del costo dei materiali, farmaci, anestetici, apparecchiature (allegato 9 parte 4);
- d)** il 60% della spesa sostenuta per prestazioni di diagnostica (di laboratorio o strumentale o per immagini) preintervento o eseguite durante l'intervento e per altre prestazioni sanitarie documentate in diario operatorio come ad esempio un esame istologico.

Per ottenere il rimborso, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) l'assistito dovrà presentare all'Ente copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante del diario operatorio o lettera di dimissione e, se presente, referto esame istologico. In caso di assistenza presso strutture sanitarie convenzionate, gli assistiti potranno accedere alle prestazioni previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo alla struttura convenzionata prescelta, sostenendo un costo pari al 20% dell'importo complessivo della spesa; il restante 80% verrà saldato da Ente Mutuo.

■ 10.2.5) Interventi di chirurgia ambulatoriale (tipo Dplus)

In caso di intervento di chirurgia ambulatoriale presso strutture sanitarie non convenzionate, Ente Mutuo prevede, in caso di assistenza indiretta, una contribuzione pari al 60% della spesa sostenuta con l'esclusione dell'imposta di bollo e delle spese extra in genere che saranno totalmente a carico dell'assistito e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9 parte 1).

Tale rimborso comunque non potrà essere inferiore all'importo previsto dal Nomenclatore tariffario, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Per ottenere il rimborso oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), l'assistito dovrà presentare all'Ente copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante del diario operatorio o lettera di dimissione e, se presente, referto esame istologico. In caso di assistenza diretta, presso strutture sanitarie convenzionate con Ente Mutuo, la spesa è totalmente a carico dell'Ente, previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo alla struttura convenzionata prescelta, con l'esclusione delle spese extra in genere che saranno totalmente a carico dell'assistito.

■ 10.2.6) Interventi per vizi di rifrazione (tipo D, Dplus)

Gli interventi per vizi di rifrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo) effettuati con tecnica operatoria di tipo PRK, LASEK e LASIK sono previsti solamente nelle strutture sanitarie convenzionate e con una partecipazione alla spesa da parte dell'assistito del 50% dell'importo complessivo convenzionato.

■ 10.2.7) Terapia medica oncologica (tipo C, D e Dplus)

Gli assistiti che devono effettuare trattamenti di terapia medica oncologica in ricovero o in day hospital per chemioterapia antitumorale, immunoterapia, ormonoterapia, terapia di supporto, potranno accedere direttamente alle strutture sanitarie convenzionate, previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo, sostenendo un costo pari al 60% dell'importo complessivo della spesa, con l'esclusione delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo, ecc. che saranno totalmente a carico dell'assistito.

In caso di assistenza indiretta, sarà riconosciuto un rimborso pari al 40% della spesa sostenuta, con l'esclusione delle spese extra in genere.

Per ottenere il rimborso, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), l'assistito dovrà presentare all'Ente copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale o day hospital, ma con accesso erogazione MAC o BOCA, non prevedono il riconoscimento dell'indennità economica.

Le prestazioni di radioterapia ambulatoriale non sono previste.

■ 10.3) Altri Contributi

Gli altri contributi di seguito elencati devono essere richiesti presentando ad Ente Mutuo l'apposito modulo (allegato 1) unitamente alla documentazione prevista dall'allegato 4.

■ 10.3.1) Contributo di natalità (tipo B)

In caso di nascita di figlio di soggetto assistibile, viene corrisposto un contributo straordinario nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4); la liquidazione avviene purché il neonato venga iscritto ad Ente Mutuo entro 30 giorni dalla nascita e che almeno uno dei due genitori sia iscritto ad Ente Mutuo.

Il contributo di natalità non è cumulabile con le spese ospedaliere di cui all'Art. 10.2.1; è riconosciuto il maggior importo a vantaggio dell'assistito.

■ 10.3.2) Trasporto con autoambulanza (tipo B, D e Dplus)

Le spese relative al trasporto con autoambulanza vengono riconosciute nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione e soltanto due volte l'anno presentando la copia della ricevuta della spesa effettivamente sostenuta (allegato 4).

■ 10.3.3) Lenti correttive della vista (tipo B, D e Dplus)

Nel caso di lenti correttive della vista (occhiali o lenti a contatto), prescritte dal medico oculista o dall'ottico optometrista, è riconosciuto il rimborso delle lenti fino al massimale fissato per ogni iscritto dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4). Il rimborso nella misura sopra indicata potrà nuovamente essere corrisposto dopo un biennio dall'ultimo acquisto.

■ 10.3.4) Cure ortodontiche (tipo B, D e Dplus)

Il trattamento ortodontico, mediante applicazione di apparecchi atti a correggere malformazioni dentarie, è riconosciuto in forma indiretta agli assistiti di età non superiore ai 16 (sedici) anni. Il concorso alle relative spese è fissato dal Consiglio di Amministrazione per ogni anno di cura e per il periodo massimo di due anni (allegato 4).

La richiesta di rimborso deve essere inoltrata al termine di ciascun anno di cura allegando i seguenti documenti:

- il certificato dell'odontoiatra attestante il tipo di malformazione ed il periodo di cura;
- copia libera della fattura quietanzata.

Non sono rimborsabili le visite ed i controlli ortodontici.

Il ticket pagato al Sistema Sanitario Regionale per il trattamento ortodontico è considerato, ai soli fini del rimborso, come una fattura per prestazioni di ortodonzia presso strutture sanitarie private.

■ 10.3.5) Check-up (tipo Dplus)

È riconosciuto dall'Ente esclusivamente in forma diretta ogni due anni dalla data dell'ultima erogazione, presso le strutture sanitarie convenzionate, con una quota a carico* dell'assistito del 20% della spesa (allegato 10). L'erogazione di un tipo di check-up esclude ogni altro.

Per ottenere la prestazione l'assistito deve presentare una prescrizione medica con richiesta di check-up (non occorre la diagnosi trattandosi di medicina preventiva) a Ente Mutuo che rilascerà apposita autorizzazione.

* quota a carico: importo che l'iscritto verserà direttamente alla struttura prescelta. Tale struttura provvederà all'emissione della relativa fattura.

■ 10.3.6) Ticket (tipo B, D e Dplus)

Qualora il Socio si avvalga di strutture pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, Ente Mutuo, fatto salvo quanto disposto dall'Art. 11 e dall'ultimo comma del presente articolo, a presentazione della spesa sostenuta, rimborserà integralmente il costo del ticket, escluse imposta di bollo e quota addizionale regionale, o quota fissa per ricetta, o diritti simili che resteranno a carico del Socio, purché la prestazione effettuata sia ben individuabile nel documento di spesa e sia allegata la fotocopia dell'impegnativa rilasciata dal Servizio Sanitario Regionale riportante la diagnosi e, se presente, referto esame istologico. In caso di esenzione dal pagamento ticket, ai sensi delle disposizioni normative vigenti, nulla è dovuto.

I ticket pagati per le prestazioni di laboratorio eseguiti presso le medesime strutture, saranno rimborsati integralmente escluse imposta di bollo e quota addizionale regionale o quota fissa per ricetta, o diritti simili che resteranno a carico del Socio e non graveranno sul massimale annuo di spesa. Per i ticket ortodontici si fa riferimento all'Art. 10.3.4 del presente Regolamento.

Ente Mutuo, limitatamente alla sola forma di assistenza B, non rimborserà il costo dei ticket relativi a prestazioni sanitarie erogate in regime di: Day Hospital, Day Surgery, Ricoveri Ordinari, Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC), BOCA, Chirurgia Ambulatoriale.

■ 10.3.7) Ticket: *MAC, **BOCA e Chirurgia Ambulatoriale (tipo C)

Qualora il Socio si avvalga di strutture pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, Ente Mutuo, salvo le esclusioni previste dall'Art. 11, a presentazione della spesa sostenuta, rimborserà integralmente il costo del ticket, escluse imposta di bollo e quota addizionale regionale o quota fissa per ricetta, o diritti simili che resteranno a carico del Socio, purché la prestazione effettuata sia ben individuabile nel documento di spesa e sia allegata la fotocopia

dell'impegnativa rilasciata dal Servizio Sanitario Regionale riportante la diagnosi e, se presente, referto esame istologico. In caso di esenzione dal ticket, ai sensi delle disposizioni normative vigenti, nulla è dovuto.

*Macro attività ambulatoriale complessa, **Macro attività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale.

ART. 11 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI

L'assistenza è espressamente esclusa nei seguenti casi:

- 001.** Prestazioni sanitarie di tipo sperimentale (protocolli di studio o terapie) di qualsiasi tipo.
- 002.** Infertilità e patologie ad essa correlate.
- 003.** Prestazioni sanitarie effettuate da medici, chirurghi od odontoiatri non abilitati all'esercizio dell'attività professionale o da altro personale sanitario non in regola con le disposizioni legislative vigenti.
- 004.** Acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici o terapeutici.
- 005.** Movimenti tellurici, guerre, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.
- 006.** Incidenti dovuti a radiazioni provocate artificialmente da particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.
- 007.** Malattie mentali (salvo casi clinici che necessitano di intervento chirurgico).
- 008.** Malattie, cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni e patologie preesistenti di cui si sia a conoscenza o meno all'atto dell'iscrizione o al momento della variazione di forma di assistenza anche in assenza di sintomatologia (con eccezione delle patologie che comprendono interventi di by-pass aorto-coronari e angioplastica coronaria); in merito alle patologie preesistenti, anche in assenza di sintomatologia, si specifica che sono escluse dall'assistenza tutte le prestazioni per i primi due anni successivi all'iscrizione, nonché al cambio di forma.
- 009.** Malattie sessualmente trasmissibili e patologie ad esse correlate.
- 010.** Per la protesi d'anca e di ginocchio, il diritto all'assistenza decorre dal quinto anno dalla data di iscrizione o dalla variazione della Forma di Assistenza.
- 011.** Forme croniche e recidivanti e patologie ad esse correlate.
- 012.** Forme congenite.
- 013.** Reinterventi chirurgici e patologie ad essi correlate.
- 014.** Prestazioni chirurgiche ripetute (ambulatoriali, day hospital, day surgery o ricovero) per la medesima patologia, non si riconoscono più di due rimborsi successivi.
- 015.** Il reimpianto/sostituzione di qualsivoglia tipo di protesi, è riconosciuto dal 4° (quarto) anno in poi, successivo al precedente impianto.
- 016.** Tutte le conseguenze delle patologie che sono derivate da abuso di alcool o di psicofarmaci o da un uso non terapeutico di stupefacenti e patologie ad esse correlate.
- 017.** Tutti gli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano un movente politico sociale a cui il Socio ha preso parte volontariamente.
- 018.** Tutti gli infortuni derivanti da azioni delittuose dell'Associato.
- 019.** Ricoveri presso strutture geriatriche, ricoveri lungo degenza.
- 020.** Ricoveri per cure convalescenziari, per patologie terminali e/o per cure palliative.
- 021.** Ricoveri per cure riabilitative: eccezione fatta per la riabilitazione cardiaca dopo interventi cardiologici a torace aperto e la riabilitazione dopo intervento di protesi d'anca e protesi di ginocchio (è riconosciuto un contributo economico giornaliero come previsto dall'Art. 10.2.2 e 10.2.3 solo per le forme C, D e Dplus).
- 022.** Ricoveri per accertamenti diagnostici in qualsiasi regime.
- 023.** Ricoveri contrassegnati da infezioni ospedaliere.
- 024.** Ricoveri per interventi di odontoiatria.
- 025.** Tutte le applicazioni di carattere estetico e chirurgico/dermatologico salvo le neoformazioni benigne cutanee e non (fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti) e gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva nei casi resi necessari da malattia o infortunio. (vedi Art.10.2.2 e 10.2.3)
- 026.** Acquisto di farmaci.
- 027.** Assistenza infermieristica e ostetrica.
- 028.** Visite specialistiche per idoneità ad attività sportive o di tipo medico legale o per ottenimento licenze (caccia, pesca, rinnovo patente, etc...).
- 029.** Infortuni sul lavoro.
- 030.** Visite e trattamenti/sedute di consulenza psicologica.
- 031.** Tutto quanto non espressamente indicato negli Allegati 5 – 6 – 7 – 9 – 10.

ART. 12 - ULTERIORI RIMBORSI AMMISSIBILI

In casi eccezionali, le prestazioni sanitarie non indicate negli articoli precedenti potranno essere rimborsate da Ente Mutuo.

Il rimborso di cui sopra è deciso dal Vice Presidente Delegato, in forza della delega conferita dal Consiglio di Amministrazione, nel rispetto del principio di mutualità che informa l'operato di Ente Mutuo.

ART. 13 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO B

Delle prestazioni indicate al precedente Art.10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:

- 10.1)** prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche, altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni odontoiatriche;
- 10.2.1)** partecipazione alla spesa per ricoveri ordinari o day hospital o day surgery;
- 10.3.1)** contributo di natalità;
- 10.3.2)** trasporto con autoambulanza;
- 10.3.3)** lenti correttive della vista;
- 10.3.4)** cure ortodontiche;
- 10.3.6)** ticket.

ART. 14 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO C

Delle prestazioni indicate al precedente Art.10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:

- 10.2.2)** ricoveri ospedalieri;
- 10.2.4)** interventi di chirurgia ambulatoriale;
- 10.2.7)** terapia medica oncologica;
- 10.3.7)** ticket: MAC, BOCA e chirurgia ambulatoriale.

ART. 15 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO D

Delle prestazioni indicate al precedente Art.10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:

- 10.1)** prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche, altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni odontoiatriche;
- 10.2.2)** ricoveri ospedalieri;
- 10.2.4)** interventi di chirurgia ambulatoriale;
- 10.2.6)** interventi per vizi di rifrazione;
- 10.2.7)** terapia medica oncologica;
- 10.3.2)** trasporto con autoambulanza;
- 10.3.3)** lenti correttive della vista;
- 10.3.4)** cure ortodontiche;
- 10.3.6)** ticket.

ART. 16 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO Dplus

Delle prestazioni indicate al precedente Art.10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:

- 10.1)** prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche, altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni odontoiatriche;
- 10.2.3)** ricoveri ospedalieri;
- 10.2.5)** interventi di chirurgia ambulatoriale;
- 10.2.6)** interventi per vizi di rifrazione;
- 10.2.7)** terapia medica oncologica;
- 10.3.2)** trasporto con autoambulanza;
- 10.3.3)** lenti correttive della vista;
- 10.3.4)** cure ortodontiche;
- 10.3.5)** check-up;
- 10.3.6)** ticket.

ART. 17 - DISPOSIZIONI FINALI

I documenti riguardanti le prestazioni sanitarie ottenute all'estero devono essere accompagnati dalla traduzione italiana per singola voce eseguita da professionista accreditato.

È facoltà di Ente Mutuo subordinare il rimborso alla presentazione da parte dell'assistito, che provvede a proprie spese, della traduzione asseverata del documento presentato.

In caso di importi in valuta straniera è necessario indicare anche il valore in Euro, secondo il tasso di cambio della valuta alla data di pagamento della fattura.

Le richieste di rimborso delle spese sostenute dagli assistiti e la richiesta di indennità economiche, corredate dalle relative documentazioni, debbono in ogni caso essere inoltrate all'Ente entro il termine di 120 (centoventi) giorni dalla data della prestazione o dal termine del ciclo di cura, ad esclusione delle prestazioni effettuate nell'ultimo trimestre dell'anno che dovranno essere presentate inderogabilmente entro il mese di gennaio dell'anno successivo, pena la decadenza del diritto al rimborso. Il rimborso viene effettuato da parte dell'Ente entro il giorno 10 dei mesi di marzo – maggio – luglio – novembre e la fine dei mesi di gennaio e settembre; per i documenti pervenuti entro il giorno 15 del mese precedente alla liquidazione, salvo impedimenti di carattere eccezionale.

Il rimborso è effettuato da parte di Ente Mutuo agli assistiti esclusivamente tramite bonifico bancario; non sono previste altre forme di pagamento.

In ogni caso di assistenza per infortunio, Ente Mutuo ha diritto all'azione di rivalsa verso terzi responsabili.

Al Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo è riservata la facoltà di stabilire di anno in anno l'ammontare dei rimborsi riconosciuti dall'Ente nelle varie forme e di modificare il presente Regolamento nelle parti relative al valore dei rimborsi, nonché alla normativa la cui pratica applicazione ne facesse insorgere la necessità, portando a conoscenza degli iscritti le decisioni assunte, tramite la pubblicazione sul sito dell'Ente www.entemutuo.com. Qualora l'associato abbia contratto una polizza assicurativa idonea a coprire, anche parzialmente, i costi dell'evento sanitario cui si sottopone, Ente Mutuo non sarà obbligato al rimborso delle spese mediche coperte dall'assicurazione in essere. Ente Mutuo rimborserà, previo esame della documentazione fornita dall'associato e nei limiti del Nomenclatore tariffario vigente, l'eventuale differenza tra il costo delle prestazioni sanitarie di cui abbia fruito l'assistito e gli importi oggetto di liquidazione da parte della compagnia di assicurazione.

L'associato, pertanto, al momento della presentazione della domanda di rimborso è tenuto a comunicare a Ente Mutuo eventuali rimborsi già erogati da coperture assicurative in essere e relative all'evento sanitario di cui si richiede il rimborso.

Copia dello Statuto, del Regolamento Attuativo e del presente Regolamento con i relativi allegati è a disposizione di tutti gli Assistiti presso la Sede di Ente Mutuo.

Modulo da far sottoscrivere all'atto dell'accettazione presso la struttura sanitaria convenzionata agli assistiti dell'Ente Mutuo aderenti alle forme "C", "D" e "D plus"

L'assistito _____

iscritto all'Ente Mutuo con tessera n° _____ assistenza forma tipo _____

Cognome e Nome del titolare della tessera _____

richiede di usufruire dell'assistenza ospedaliera presso _____

Il sottoscritto ha presentato al momento dell'accettazione la tessera per usufruire delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera in Assistenza Diretta ed è consapevole che ai sensi del regolamento dell'ENTE MUTUO le seguenti prestazioni saranno a suo esclusivo carico, senza alcuna possibilità di richiesta di rimborso indiretto nei confronti dell'Ente Mutuo:

- le prestazioni che sono escluse dall'art. 11 del Regolamento dell'Ente Mutuo (come, a titolo esemplificativo, i ricoveri per accertamenti diagnostici, i ricoveri per cure riabilitative, tranne che per i ricoveri di by pass aorto-coronarico, di protesi d'anca e di protesi di ginocchio, i ricoveri per cure convalescenziari, per patologie terminali e/o cure palliative; tutte le applicazioni di carattere estetico e chirurgico dermatologico comprese tutte le neoplasie cutanee benigne (nevi, verruche, lipomi, cisti, ecc.);
- gli interventi chirurgici non riportati nell'allegato 9 parte 1 del Regolamento dell'Ente Mutuo o strettamente assimilabili o equiparabili agli stessi;
- spese extra in genere (telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, ecc.);
- ogni altra prestazione sanitaria non prevista dall'accordo convenzionale.

La Struttura Sanitaria Convenzionata fatturerà direttamente queste prestazioni a carico dell'assistito, il quale, inoltre, dichiara di essere consapevole che il preventivo delle prestazioni sanitarie rilasciato dalla stessa, regolarmente firmato dall'assistito per accettazione, lo impegna al pagamento di quanto di sua spettanza, ai sensi del Regolamento dell'Ente Mutuo.

L'assistito dichiara di aver preso visione e di aver firmato il preventivo in questione e di aver perfettamente compreso quanto in esso riportato; dichiara inoltre di essere a conoscenza che le prestazioni sanitarie preventivate potranno subire delle variazioni per le quali il Convenzionato provvederà nel minor tempo possibile a stilare e presentare all'assistito un nuovo preventivo.

L'assistito si impegna, in caso di variazione delle prestazioni preventivate, se non autorizzate dall'Ente Mutuo, a saldare privatamente al Convenzionato l'intero importo delle prestazioni di cui ha usufruito.

Il sottoscritto, inoltre, autorizza ai sensi degli artt. 6 e 9 Regolamento UE 679/2016 la Struttura Sanitaria Convenzionata al rilascio della copia conforme della cartella clinica all'Ente Mutuo affinché possa far uso delle risultanze sanitarie e dei dati personali, anche particolari (sensibili), ivi contenuti per le finalità di cui al Regolamento delle Assistenze, garantendo comunque la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Data _____ Firma dell'assistito Ente Mutuo _____

Secondo quanto richiesto dall'art 13 del Regolamento UE 2016/679, Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso (di seguito Ente Mutuo) La informa che i dati ordinari e particolari (sensibili) riportati nella cartella clinica e relativi alle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera in Assistenza Diretta saranno comunicati dalla struttura sanitaria a Ente Mutuo per la seguente finalità: verifica delle prestazioni ricevute dall'assistito per poter procedere da parte di Ente Mutuo al pagamento dei rimborsi come previsti nel Regolamento delle Assistenze, secondo le modalità precisate nel medesimo Regolamento. I dati compresi quelli particolari (per es. dati relativi allo stato di salute, diagnosi, anamnesi, ecc.) saranno comunicati da Ente Mutuo ai propri consulenti medici affinché possano esprimere un giudizio relativo alla correttezza del rimborso. Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al loro trattamento può comportare difficoltà o impossibilità nell'erogazione dei servizi richiesti a Ente Mutuo (a titolo esemplificativo non esaustivo: impossibilità ad autorizzare il pagamento della prestazione richiesta). Per tutto quanto qui non indicato potrà prendere atto di quanto previsto nell'informativa generale che trova sul sito web: www.entemutuomilano.it. In relazione al trattamento dei dati potrà rivolgersi per qualsiasi esigenza a Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso, tel.: 027750950, Fax: 0276007959, E-Mail: privacy@entemutuomilano.it oppure rivolgersi al RPD: Responsabile della protezione dei dati che è raggiungibile al seguente indirizzo: presso Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso Corso Venezia, 49 - 20121 Milano oppure tramite indirizzo di posta elettronica: dpo@entemutuomilano.it


Preso atto di quanto sopra ☐ Acconsento ☐ NON acconsento ☐

Al trattamento dei miei dati, anche particolari, per le finalità e nei termini e modi sopra indicati

Data _____ Firma dell'assistito Ente Mutuo _____

COGNOME E NOME TITOLARE DELLA TESSERA		N° TESSERA	NOMINATIVO RICHIEDENTE LA PRESTAZIONE		AUTORIZZAZIONE ENTE MUTUO ALLA PRESTAZIONE
MILANO, IL _____					
PRESTAZIONE RICHiesta _____					
CODICE _____		Data ricovero _____		(timbro e firma)	
DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE PER PATOLOGIA _____		LA STRUTTURA SANITARIA E' AUTORIZZATA AD ESEGUIRE LE PRESTAZIONI RICHIESTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
CERTA <input type="checkbox"/> PRESUNTA <input type="checkbox"/> _____ (barrare la voce interessata)					
ITER DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO PREVISTO DAL MEDICO CHIRURGO _____					
Il medico opera in convenzione con Ente Mutuo? _____					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ (barrare la voce interessata)		(timbro e firma del medico) _____			
L'ENTE MUTUO NON PUO' AUTORIZZARE LE PRESTAZIONI RICHIESTE PERCHE' L'ISCRITTO E/O IL RICHIEDENTE RISULTA: _____					
RISERVATO ALL'ASSISTITO DELL'ENTE MUTUO					
<small>Secondo quanto richiesto dall'art 13 del Regolamento UE 679/2016 Ente Mutuo Regionale Unione Concommercio Società di Mutuo Soccorso (di seguito Ente Mutuo) informa che i dati ordinari e particolari (sensibili) riportati nella presente scheda e relativi alla richiesta di prestazioni mediche o ambulatoriali e diagnosi mediche, saranno comunicati dalla struttura sanitaria a Ente Mutuo per la seguente finalità: ottenere da parte di Ente Mutuo autorizzazione alle prestazioni previste in convenzione diretta previste a vantaggio degli associati e per il successivo ottenimento da parte di questi ultimi, dei rimborsi previsti, secondo le modalità precisate nel Regolamento di Ente Mutuo. I dati compresi quelli particolari (per es. diagnosi, anamnesi ecc.) saranno comunicati da Ente Mutuo ai propri consulenti medici affinché possano esprimere un giudizio relativo alla correttezza del rimborso. Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al loro trattamento può comportare difficoltà o impossibilità nell'erogazione dei servizi richiesti a Ente Mutuo (a titolo esemplificativo non esaustivo: impossibilità ad autorizzare il pagamento della prestazione richiesta). Per tutto quanto qui non indicato potrà prendere atto di quanto previsto nell'informativa generale che trova sul sito web: www.entemutuo milano.it. In relazione al trattamento dei dati potrà rivolgersi per qualsiasi esigenza a Ente Mutuo Regionale Unione Concommercio Società di Mutuo Soccorso, tel.: 027750950, E-Mail: privacy@entemutuo milano.it oppure rivolgersi al RPD. Responsabile della protezione dei dati che è raggiungibile al seguente indirizzo: presso Ente Mutuo Regionale Unione Concommercio Società di Mutuo Soccorso Corso Venezia, 49 - 20121 Milano oppure all'indirizzo di posta elettronica: dpo@entemutuo milano.it</small>					
Preso atto di quanto sopra _____ Acconsento O _____		NON acconsento O _____ Al trattamento dei miei dati, anche particolari, per le finalità e nei termini e modi sopra indicati.			
_____, Il _____		(firma titolare dei dati e per presa visione della risposta Ente Mutuo)			
DATA TRASMISSIONE STRUTTURA _____	DATA ISCRIZIONE ALL'ENTE MUTUO _____	Forma tipo "D plus": rimborso a totale carico dell'Ente Mutuo SI <input type="checkbox"/>		STRUTTURA CONVENZIONATA	
_____, Il _____	ETA' ASSISTITO/A _____	Forme tipo C e D: Rimborso a carico dell'Ente Mutuo nella misura dell'80% SI <input type="checkbox"/>		Presidio Ospedaliero Gaetano PINI	
(Timbro e firma)					

COGNOME E NOME TITOLARE DELLA TESSERA		N° TESSERA	NOMINATIVO RICHIEDENTE LA PRESTAZIONE		AUTORIZZAZIONE ENTE MUTUO ALLA PRESTAZIONE Milano, li _____ (timbro e firma)	
PRESTAZIONE RICHiesta _____		Data ricovero _____				
CODICE _____		LA STRUTTURA SANITARIA E' AUTORIZZATA AD ESEGUIRE LE PRESTAZIONI RICHIESTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE PER PATOLOGIA						
CERTA <input type="checkbox"/> PRESUNTA <input type="checkbox"/> (barrare la voce interessata)						
ITER DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO PREVISTO DAL MEDICO CHIRURGO						
Il medico opera in convenzione con Ente Mutuo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (barrare la voce interessata)		(timbro e firma del medico) _____				
L'ENTE MUTUO NON PUO' AUTORIZZARE LE PRESTAZIONI RICHIESTE PERCHE' L'ISCRITTO E/O IL RICHIEDENTE RISULTA: _____						
RISERVATO ALL'ASSISTITO DELL'ENTE MUTUO						
<p>Secondo quanto richiesto dall'art 13 del Regolamento UE 679/2016 Ente Mutuo Regionale Unione Concommercio Società di Mutuo Soccorso (di seguito Ente Mutuo) informa che i dati ordinari e particolari (sensibili) riportati nella presente scheda e relativi alla richiesta di prestazioni mediche o ambulatoriali e diagnosi mediche, saranno comunicati dalla struttura sanitaria a Ente Mutuo per la seguente finalità: ottenere da parte di Ente Mutuo autorizzazione alle prestazioni previste in convenzione diretta previste a vantaggio degli associati e per il successivo ottenimento da parte di questi ultimi, dei rimborsi previsti, secondo le modalità precisate nel Regolamento di Ente Mutuo. I dati compresi quelli particolari (per es. diagnosi, anamnesi ecc.) saranno comunicati da Ente Mutuo ai propri consulenti medici affinché possano esprimere un giudizio relativo alla correttezza del rimborso. Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al loro trattamento può comportare difficoltà o impossibilità nell'erogazione dei servizi richiesti a Ente Mutuo (a titolo esemplificativo non esaustivo: impossibilità ad autorizzare il pagamento della prestazione richiesta). Per tutto quanto qui non indicato potrà prendere atto di quanto previsto nell'informativa generale che trova sul sito web: www.entemutuumilano.it. In relazione al trattamento dei dati potrà rivolgersi per qualsiasi esigenza a Ente Mutuo Regionale Unione Concommercio Società di Mutuo Soccorso, tel.: 027750950, Fax: 0276007959, E-Mail: privacy@entemutuumilano.it oppure rivolgersi al RPD: Responsabile della protezione dei dati che è raggiungibile al seguente indirizzo: presso Ente Mutuo Regionale Unione Concommercio Società di Mutuo Soccorso Corso Venezia, 49 - 20121 Milano oppure all'indirizzo di posta elettronica: dpo@entemutuumilano.it</p> <p>Preso atto di quanto sopra Acconsento O NON acconsento O Al trattamento dei miei dati, anche particolari, per le finalità e nei termini e modi sopra indicati.</p>						
_____, li _____		(firma titolare dei dati e per presa visione della risposta Ente Mutuo)				
DATA TRASMISSIONE STRUTTURA		DATA ISCRIZIONE ALL'ENTE MUTUO		STRUTTURA CONVENZIONATA		
_____, li _____		Forma tipo "D plus": rimborso a totale carico dell'Ente Mutuo SI <input type="checkbox"/>		Presidio Ospedaliero		
(Timbro e firma)		ETA' ASSISTITO/A		CTO		
		Forme tipo C e D: Rimborso a carico dell'Ente Mutuo nella misura dell'80% SI <input type="checkbox"/>				

COGNOME E NOME TITOLARE DELLA TESSERA		N° TESSERA	RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLE PRESTAZIONI IN CONVENZIONE DIRETTA E DELEGA DELL'ASSISTITO ALLA STRUTTURA PER IL RECUPERO DELLE SPESE ANTICIPATE PER SUO CONTO NOMINATIVO DEL RICHIEDENTE LA PRESTAZIONE		AUTORIZZAZIONE ENTE MUTUO ALLA PRESTAZIONE
Milano, li _____					
PRESTAZIONE RICHIESTA: RICOVERO ONCOLOGICO			Il medico opera in convenzione con Ente Mutuo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Data prestazione _____			(timbro e firma)		
DIAGNOSI E TIPOLOGIA DI TERAPIA			LA STRUTTURA SANITARIA E' AUTORIZZATA AD ESEGUIRE LE PRESTAZIONI RICHIESTE? SI NO		
<div>(timbro e firma del medico)</div>					
L'ENTE MUTUO NON PUO' AUTORIZZARE LE PRESTAZIONI RICHIESTE PERCHE' L'ISCRITTO E/O IL RICHIEDENTE RISULTA:					
RISERVATO ALL'ASSISTITO DELL'ENTE MUTUO					
<p>Secondo quanto richiesto dall'art 13 del Regolamento UE 679/2016 Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso (di seguito Ente Mutuo) informa che i dati ordinari e particolari (sensibili) riportati nella presente scheda e relativi alla richiesta di prestazioni mediche o ambulatoriali e diagnosi mediche, saranno comunicati dalla struttura sanitaria a Ente Mutuo per la seguente finalità: ottenere da parte di Ente Mutuo autorizzazione alle prestazioni previste in convenzione diretta previste a vantaggio degli associati e per il successivo ottenimento da parte di questi ultimi, dei rimborsi previsti, secondo le modalità precisate nel Regolamento di Ente Mutuo. I dati compresi quelli particolari (per es. diagnosi, anamnesi ecc.) saranno comunicati da Ente Mutuo ai propri consulenti medici affinché possano esprimere un giudizio relativo alla correttezza del rimborso. Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al loro trattamento può comportare difficoltà o impossibilità nell'erogazione dei servizi richiesti a Ente Mutuo (a titolo esemplificativo non esaustivo: impossibilità ad autorizzare il pagamento della prestazione richiesta). Per tutto quanto qui non indicato potrà prendere atto di quanto previsto nell'informativa generale che trova sul sito web: www.entemutuo milano.it. In relazione al trattamento dei dati potrà rivolgersi per qualsiasi esigenza a Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso, tel.: 02/7750950, Fax: 02/6007959, E-Mail: privacy@entemutuo milano.it oppure rivolgersi al RPD: Responsabile della protezione dei dati che è raggiungibile al seguente indirizzo: presso Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso Corso Venezia, 49 - 20121 Milano oppure all'indirizzo di posta elettronica: dpo@entemutuo milano.it</p> <p>Preso atto di quanto sopra Acconsento O NON acconsento O Al trattamento dei miei dati, anche particolari, per le finalità e nei termini e modi sopra indicati.</p>					
_____, li _____		Parte da compilarsi a cura dell'Ente Mutuo 			
DATA TRASMISSIONE CLINICA		DATA ISCRIZIONE ALL'ENTE MUTUO		Forma tipo "C", "D", "D plus": rimborso a carico dell'Ente Mutuo nella misura del 40% SI <input type="checkbox"/>	
_____, li _____ (Timbro e firma)		ETA' ASSISTITO/A		STRUTTURA CONVENZIONATA Presidio Ospedaliero Gaetano PINI	

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLE PRESTAZIONI IN CONVENZIONE DIRETTA E DELEGA
DELL'ASSISTITO ALLA STRUTTURA PER IL RECUPERO DELLE SPESE ANTICIPATE PER SUO CONTO

COGNOME E NOME
TITOLARE DELLA TESSERA

N° TESSERA

NOMINATIVO DEL RICHIEDENTE
LA PRESTAZIONE

AUTORIZZAZIONE ENTE MUTUO
ALLA PRESTAZIONE

Milano, li _____

PRESTAZIONE RICHIESTA: RICOVERO ONCOLOGICO

Il medico opera in convenzione con Ente Mutuo?

SI ☐

NO ☐

(timbro e firma)

Data prestazione _____

**DIAGNOSI E TIPOLOGIA
DI TERAPIA**

LA STRUTTURA SANITARIA E' AUTORIZZATA
AD ESEGUIRE LE PRESTAZIONI RICHIESTE?

SI

NO

(timbro e firma del medico)

L'ENTE MUTUO NON PUO' AUTORIZZARE LE PRESTAZIONI RICHIESTE PERCHE' L'ISCRITTO E/O IL RICHIEDENTE RISULTA:

RISERVATO ALL'ASSISTITO DELL'ENTE MUTUO

Secondo quanto richiesto dall'art 13 del Regolamento UE 679/2016 Ente Mutuo Regionale Unione Concommercio Società di Mutuo Soccorso (di seguito Ente Mutuo) informa che i dati ordinari e particolari (sensibili) riportati nella presente scheda e relativi alla richiesta di prestazioni mediche o ambulatoriali e diagnosi mediche, saranno comunicati dalla struttura sanitaria a Ente Mutuo per la seguente finalità: ottenere da parte di Ente Mutuo autorizzazione alle prestazioni previste in convenzione diretta previste a vantaggio degli associati e per il successivo ottenimento da parte di questi ultimi, dei rimborsi previsti, secondo le modalità precisate nel Regolamento di Ente Mutuo. I dati compresi quelli particolari (per es. diagnosi, anamnesi ecc.) saranno comunicati da Ente Mutuo ai propri consulenti medici affinché possano esprimere un giudizio relativo alla correttezza del rimborso. Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al loro trattamento può comportare difficoltà o impossibilità nell'erogazione dei servizi richiesti a Ente Mutuo (a titolo esemplificativo non esaustivo: impossibilità ad autorizzare il pagamento della prestazione richiesta). Per tutto quanto qui non indicato potrà prendere atto di quanto previsto nell'informativa generale che trova sul sito web: www.entemutuumilano.it. In relazione al trattamento dei dati potrà rivolgersi per qualsiasi esigenza a Ente Mutuo Regionale Unione Concommercio Società di Mutuo Soccorso, tel.: 02/7750950, Fax: 02/6007959, E-Mail: privacy@entemutuumilano.it oppure rivolgersi al RPD: Responsabile della protezione dei dati che è raggiungibile al seguente indirizzo: presso Ente Mutuo Regionale Unione Concommercio Società di Mutuo Soccorso Corso Venezia, 49 - 20121 Milano oppure all'indirizzo di posta elettronica: dpo@entemutuumilano.it

Preso atto di quanto sopra

AccONSENTO O

NON accONSENTO O

Al trattamento dei miei dati, anche particolari, per le finalità e nei termini e modi sopra indicati.

_____, li _____

DATA TRASMISSIONE CLINICA

Parte da compilarsi a cura dell'Ente Mutuo ↴

(firma titolare dei dati e per presa visione della risposta Ente Mutuo)

DATA ISCRIZIONE
ALL'ENTE MUTUO

Forma tipo "C", "D", "D plus":
rimborso a carico dell'Ente Mutuo nella
misura del 40%

STRUTTURA CONVENZIONATA

Presidio Ospedaliero

CTO

(Timbro e firma)

SI ☐

COGNOME E NOME TITOLARE DELLA TESSERA		N° TESSERA	NOMINATIVO RICHIEDENTE LA PRESTAZIONE		AUTORIZZAZIONE ENTE MUTUO ALLA PRESTAZIONE	
					Milano, li _____ (timbro e firma)	
PRESTAZIONE INTERVENTO AMBULATORIALE						
CODICE		Data prestazione				
DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE PER PATOLOGIA					LA STRUTTURA SANITARIA E' AUTORIZZATA AD ESEGUIRE LE PRESTAZIONI RICHIESTE?	
CERTA <input type="checkbox"/> PRESUNTA <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
(barrare la voce interessata)						
ITER DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO PREVISTO DAL MEDICO CHIRURGO						
Il medico opera in convenzione con Ente Mutuo?						
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					(timbro e firma del medico)	
L'ENTE MUTUO NON PUO' AUTORIZZARE LE PRESTAZIONI RICHIESTE PERCHE' L'ISCRITTO E/O IL RICHIEDENTE RISULTA:						
RISERVATO ALL'ASSISTITO DELL'ENTE MUTUO						
Secondo quanto richiesto dall'art 13 del Regolamento UE 679/2016 Ente Mutuo Regionale Unione Confindustria Società di Mutuo Soccorso (di seguito Ente Mutuo) informa che i dati ordinari e particolari (sensibili) riportati nella presente scheda e relativi alla richiesta di prestazioni mediche o ambulatoriali e diagnosi mediche, saranno comunicati dalla struttura sanitaria a Ente Mutuo per la seguente finalità: ottenere da parte di Ente Mutuo autorizzazione alle prestazioni previste in convenzione diretta previste a vantaggio degli associati e per il successivo ottenimento da parte di questi ultimi, dei rimborsi previsti, secondo le modalità precisate nel Regolamento di Ente Mutuo. I dati compresi quelli particolari (per es. diagnosi, anamnesi ecc.) saranno comunicati da Ente Mutuo ai propri consulenti medici affinché possano esprimere un giudizio relativo alla correttezza del rimborso. Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al loro trattamento può comportare difficoltà o impossibilità nell'erogazione dei servizi richiesti a Ente Mutuo (a titolo esemplificativo non esaustivo: impossibilità ad autorizzare il pagamento della prestazione richiesta). Per tutto quanto qui non indicato potrà prendere atto di quanto previsto nell'informativa generale che trova sul sito web: www.entemutuo milano.it . In relazione al trattamento dei dati potrà rivolgersi per qualsiasi esigenza a Ente Mutuo Regionale Unione Confindustria Società di Mutuo Soccorso, tel.: 027750950, Fax: 0276007959, E-Mail: privacy@entemutuo milano.it oppure rivolgersi al RPD. Responsabile della protezione dei dati che è raggiungibile al seguente indirizzo: presso Ente Mutuo Regionale Unione Confindustria Società di Mutuo Soccorso Corso Venezia, 49 - 20121 Milano oppure all'indirizzo di posta elettronica: dpo@entemutuo milano.it						
Preso atto di quanto sopra		Acconsento O		NON acconsento O		
		Al trattamento dei miei dati, anche particolari, per le finalità e nei termini e modi sopra indicati.				
		Parte da compilarsi a cura dell'Ente Mutuo		(firma titolare dei dati e per presa visione della risposta Ente Mutuo)		
DATA TRASMISSIONE CLINICA		DATA ISCRIZIONE ALL'ENTE MUTUO		Forma tipo "D plus": rimborso a totale carico dell'Ente Mutuo		
				SI <input type="checkbox"/>		
				Forme tipo C e D: Rimborso a carico dell'Ente Mutuo nella misura dell'80%		
(Timbro e firma)		ETA' ASSISTITO/A		SI <input type="checkbox"/>		
				STRUTTURA CONVENZIONATA		
				Presidio Ospedaliero Gaetano PINI		

COGNOME E NOME TITOLARE DELLA TESSERA		N° TESSERA	NOMINATIVO RICHIEDENTE LA PRESTAZIONE	AUTORIZZAZIONE ENTE MUTUO ALLA PRESTAZIONE
				Milano, li _____ (timbro e firma)
PRESTAZIONE INTERVENTO AMBULATORIALE				
CODICE		Data prestazione		
DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE PER PATOLOGIA				
CERTA	<input type="checkbox"/>	PRESUNTA	<input type="checkbox"/>	LA STRUTTURA SANITARIA E' AUTORIZZATA AD ESEGUIRE LE PRESTAZIONI RICHIESTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
(barrare la voce interessata)				
ITER DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO PREVISTO DAL MEDICO CHIRURGO				
Il medico opera in convenzione con Ente Mutuo?				
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	(timbro e firma del medico)
L'ENTE MUTUO NON PUO' AUTORIZZARE LE PRESTAZIONI RICHIESTE PERCHE' L'ISCRITTO E/O IL RICHIEDENTE RISULTA:				
RISERVATO ALL'ASSISTITO DELL'ENTE MUTUO				
Secondo quanto richiesto dall'art 13 del Regolamento UE 679/2016 Ente Mutuo Regionale Unione Concommercio Società di Mutuo Soccorso (di seguito Ente Mutuo) informa che i dati ordinari e particolari (sensibili) riportati nella presente scheda e relativi alla richiesta di prestazioni mediche o ambulatoriali e diagnosi mediche, saranno comunicati dalla struttura sanitaria a Ente Mutuo per la seguente finalità: ottenere da parte di Ente Mutuo autorizzazione alle prestazioni previste in convenzione diretta previste a vantaggio degli associati e per il successivo ottenimento da parte di questi ultimi, dei rimborsi previsti, secondo le modalità precisate nel Regolamento di Ente Mutuo. I dati compresi quelli particolari (per es. diagnosi, anamnesi ecc.) saranno comunicati da Ente Mutuo ai propri consulenti medici affinché possano esprimere un giudizio relativo alla correttezza del rimborso. Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al loro trattamento può comportare difficoltà o impossibilità nell'erogazione dei servizi richiesti a Ente Mutuo (a titolo esemplificativo non esaustivo: impossibilità ad autorizzare il pagamento della prestazione richiesta). Per tutto quanto qui non indicato potrà prendere atto di quanto previsto nell'informativa generale che trova sul sito web: www.entemutuo milano.it . In relazione al trattamento dei dati potrà rivolgersi per qualsiasi esigenza a Ente Mutuo Regionale Unione Concommercio Società di Mutuo Soccorso, tel.: 02/7750950, Fax: 02/6007959, E-Mail: privacy@entemutuo milano.it oppure rivolgersi al RPD: Responsabile della protezione dei dati che è raggiungibile al seguente indirizzo: presso Ente Mutuo Regionale Unione Concommercio Società di Mutuo Soccorso Corso Venezia, 49 - 20121 Milano oppure all'indirizzo di posta elettronica: dpo@entemutuo milano.it				
Preso atto di quanto sopra		NON acconsento O Al trattamento dei miei dati, anche particolari, per le finalità e nei termini e modi sopra indicati.		
Acconsento O				
Parte da compilarsi a cura dell'Ente Mutuo		(firma titolare dei dati e per presa visione della risposta Ente Mutuo)		
DATA TRASMISSIONE CLINICA	DATA ISCRIZIONE ALL'ENTE MUTUO	Forma tipo "D plus": rimborso a totale carico dell'Ente Mutuo		STRUTTURA CONVENZIONATA
		SI <input type="checkbox"/>		Presidio Ospedaliero CTO
		Forme tipo C e D: Rimborso a carico dell'Ente Mutuo nella misura dell'80%		
(Timbro e firma)		SI <input type="checkbox"/>		

ACCORDO PER LA GESTIONE DEL TRATTAMENTO DATI NELLA PRESENTE CONVENZIONE

Con il presente accordo le parti, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 definiscono gli ambiti di contitolarità del trattamento dei dati personali conseguenti all'esecuzione della convenzione per l'erogazione in forma diretta di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera di cui il presente addendum costituisce parte integrante e sostanziale.

Il trattamento dei dati è riferito al trattamento dei dati personali raccolti, intendendo per trattamento qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

Tipologie di trattamento e relative finalità:

In esecuzione della convenzione in essere con Ente Mutuo, per una miglior gestione degli associati e dei loro familiari relativamente all'erogazione di prestazioni sanitarie, la struttura sanitaria convenzionata provvederà a consegnare ai pazienti associati la modulistica di Ente Mutuo e alla trasmissione allo stesso Ente dei dati raccolti sui citati documenti nonché della cartella clinica del paziente. Entrambi i trattamenti, funzionali all'assolvimento dell'onere di spesa da parte di Ente Mutuo, saranno effettuati previa acquisizione di specifici consensi del paziente.

Ente Mutuo effettuerà operazioni di trattamento dei dati trasmessi dalla struttura convenzionata ai fini della gestione del pagamento, a vantaggio dei pazienti associati (associati e loro familiari), delle prestazioni sanitarie di cui gli stessi abbiano fruito presso la struttura convenzionata medesima e per l'adempimento di obblighi contabili e fiscali relativi alle prestazioni previste in convenzione.

Ogni ulteriore trattamento di dati personali, che non sia necessario per l'assolvimento di un obbligo di legge, da parte di Ente Mutuo e della struttura convenzionata sarà subordinato all'acquisizione di specifico consenso dei soggetti interessati.

Modalità del trattamento:

I trattamenti correlati alla verifica dell'esistenza dei requisiti necessari all'assunzione dell'onere di spesa delle prestazioni sanitarie a carico di Ente Muto saranno effettuati come segue:

La struttura convenzionata, all'atto della accettazione di un associato a Ente Mutuo, provvederà a consegnare, oltre alla propria modulistica idonea a garantire la compiuta informazione e acquisizione di consenso in ordine ai trattamenti effettuati dalla struttura per l'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste, la documentazione messa a disposizione da Ente Mutuo. In particolare, per Ente Mutuo il paziente dovrà compilare e sottoscrivere il Modulo denominato C1 grazie al quale l'associato potrà richiedere alla Struttura convenzionata le prestazioni sanitarie di cui necessita presentandosi in qualità di associato Ente Mutuo al fine di ottenere le prestazioni di cui alla Convenzione. Alla presentazione del Modulo C1 da parte dell'associato a Ente Mutuo, farà seguito da parte della Struttura sanitaria convenzionata la richiesta di autorizzazione rivolta per mezzo mail a Ente Mutuo alla erogazione delle prestazioni in Convenzione. Tale richiesta di autorizzazione presentata dalla Struttura convenzionata dovrà pervenire a Ente Mutuo via mail all'indirizzo di posta appositamente dedicato (assistenzaospedaliera@entemutuomilano.it) attraverso il Modulo a ciò predisposto (denominato C2 – C2TO – C3 – C4). Le autorizzazioni debitamente compilate, dovranno tassativamente riportare la codifica indicata nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera". Ente Mutuo utilizzerà il medesimo Modulo al fine di comunicare la propria autorizzazione o il proprio rifiuto, trasmettendolo a mezzo mail alla Struttura convenzionata richiedente. Alla Struttura convenzionata che abbia ricevuto da parte di un associato a Ente Mutuo richiesta di prestazioni, compete di ottenere per presa visione, la firma da parte dell'associato di Ente Mutuo relativamente alla risposta conferita da Ente Mutuo alla richiesta di autorizzazione alla erogazione delle prestazioni richieste dall'assistito. Al Convenzionato compete inoltre di informare tempestivamente l'Ente Mutuo nel caso in cui, per comprovate esigenze

Allegato E - AO

dovute a complicità del caso clinico, la degenza dell'assistito dovesse protrarsi oltre il limite di dieci giorni previsto dalla convenzione. In tal caso il Convenzionato utilizzerà il Modulo C2 – C2TO – C3 che invierà a mezzo mail a Ente Mutuo per richiedere specifica autorizzazione e sarà invece competenza del Convenzionato far firmare all'associato dell'Ente Mutuo per presa visione, la autorizzazione positiva o negativa fornita dall'Ente stesso e indicata nel Modulo C2 – C2TO – C3 – C4.

Struttura convenzionata fa presente fin d'ora che provvederà alla trasmissione dei documenti richiesti da Ente Mutuo solo previa specifica acquisizione di consenso del paziente previamente informato sulle modalità e finalità del trattamento. A fini di completezza, il paziente verrà informato sul canale di trasmissione dei documenti indicato da Ente Mutuo (mail) e sull'adozione, da parte della struttura, dei possibili accorgimenti per la protezione dei dati. Sotto tale profilo si dà atto che i documenti saranno classificati come riservati e che, al fine di evitare l'invio a persone sbagliate o la mancata immediata acquisizione dei documenti da parte del personale autorizzato, gli operatori della struttura preavvertiranno il destinatario indicato da Ente Mutuo così che rimanga presso lo strumento fino alla completa ricezione dei documenti.

Ente Mutuo si impegna, una volta ricevuti i documenti, a trattarli nei limiti strettamente consentiti e per il tempo necessario alla gestione della pratica di assunzione dell'onere di spesa delle prestazioni sanitarie. e comunque per un periodo non inferiore a 10 anni o per il tempo necessario in caso di tutela giudiziaria di Ente Mutuo.

I titolari che stipulano la presente convenzione (Ente Mutuo e il Convenzionato) si impegnano a porre in essere in modo autonomo tutte le ulteriori misure di sicurezza come previste e richieste dal Regolamento UE 2016/679 e di cui al D. Lgs. n. 196/2003 al fine di garantire i livelli minimi di sicurezza per quanto attiene il trattamento dati che scaturisce dalla presente convenzione.

A titolo esemplificativo, i titolari si impegnano alle seguenti attività:

- Circa le richieste degli interessati:

1. I titolari si impegnano, per quanto di propria competenza, ad evadere prontamente le richieste degli Interessati.
2. I titolari devono organizzare quanto necessario per consentire agli Interessati l'evasione delle domande di accesso ai dati nei termini previsti dal Regolamento, il blocco del trattamento dei dati eventualmente disposto dall'Autorità Garante o dal Giudice ordinario, nonché l'esercizio da parte degli stessi degli altri diritti previsti dal Regolamento.

- Circa le misure di sicurezza:

1. I titolari si impegnano ad adottare tutte le misure di sicurezza previste dalla disciplina in materia di trattamento dei dati personali idonee a salvaguardare la riservatezza, l'integrità e la completezza dei dati oggetto del trattamento e tutto quanto previsto dalla norma.
2. I titolari devono, altresì, assicurarsi che tali misure di sicurezza siano idonee a ridurre al minimo i rischi di:
 - distruzione o perdita dei dati;
 - accesso non autorizzato;
 - trattamento non consentito;
 - trattamento non conforme alle finalità del trattamento.
3. I Titolari si impegnano a comunicare il nominativo del proprio Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD/DPO – data protection officer), chiedendo agli stessi di attivarsi e collaborare per il miglior coordinamento nel trattamento dati relativo alla presente convenzione.
4. gestire nel migliore dei modi eventuali data-breach, rendendosi reciprocamente partecipi degli incidenti qualora necessario a comprenderne la causa.

- Circa i rapporti con l'Autorità Garante

I titolari si impegnano ad

1. adempiere a norma di legge, alle prescrizioni dell'Autorità Garante, quali, in via meramente esemplificativa ma non esaustiva, fornire informazioni o integrazioni di informazioni richieste sul trattamento;
2. consentire l'effettuazione di controlli;
3. compiere quanto necessario per adempiere tempestivamente ai provvedimenti eventualmente adottati dall'Autorità Garante.

Allegato E - AO

I titolari contribuiranno a predisporre e mantenere aggiornati tutti gli adempimenti previsti dalle attuali norme in vigore in materia di protezione dei dati personali, a tal fine si indicano i dati dei rispettivi RPD:

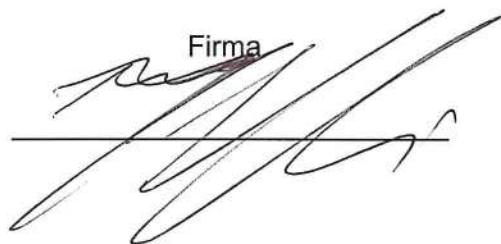
Per Ente Mutuo il Responsabile della protezione dei dati è raggiungibile al seguente indirizzo: presso Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso Corso Venezia, 49 – 20121 Milano oppure tramite indirizzo di posta elettronica: dpo@entemuomilano.it

Per il Convenzionato il Responsabile della protezione dei dati è raggiungibile al seguente indirizzo: ASST CSOT G. PINI-CTO, P.zza Cardinal Ferrari N°1 - 20122 MILANO oppure tramite indirizzo di posta elettronica: PRIVACY@ASST-PINI-CTO.IT

Il presente accordo avrà durata pari a quella della collaborazione tra le Parti, dalla quale è dipendente. Qualora il contratto di collaborazione tra le Parti dovesse cessare per qualsiasi causa, anche il presente accordo terminerà con le medesime modalità.

Qualora una delle Parti del presente accordo utilizzi i dati raccolti nell'ambito della propria attività per finalità diverse da quelle pattuite, tale accordo si intenderà risolto di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c., ferme le disposizioni di legge applicabili.

MILANO, li 16 MAR. 2020

Firma


Firma
