

Guida all'utilizzo dei Piani sanitari di Mutua Ulisse

Edizione 2021-2022

La Guida contiene le norme di carattere generale che completano i Nomenclatori dei Piani sanitari di Mutua Ulisse, e quelle per beneficiare delle prestazioni previste dai Nomenclatori. Essa, quindi, fa parte integrante degli stessi Nomenclatori, ed è stata predisposta in modo da costituire un agile strumento esplicativo. Per quanto alle coperture sanitarie, **in nessun caso può sostituire i Nomenclatori dei Piani Sanitari predisposti da Mutua Ulisse, dei quali evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.**

I Nomenclatori restano, pertanto, l'unico strumento valido per una completa ed esauriente descrizione delle garanzie prestate, dei massimali, degli scoperti e/o delle franchigie previste. A garanzia dei nostri Soci, le prestazioni dei Piani sanitari 2021/2022 sono garantite dalla convenzione che Mutua Ulisse ha sottoscritto con Intesa San Paolo RBM Salute Spa e Previmedical Spa.

SOMMARIO

Titolo	Pagina
PRESENTAZIONE E CONTATTI	2
PIANI SANITARI: SCHEDA RIASSUNTIVA TUTELA SALUTE BASE	2
SCHEDA RIASSUNTIVA TUTELA SALUTE PIU'	6
FINALITÀ	10
TIPOLOGIE SOCI E CESSAZIONE DELLA QUALITÀ DI SOCIO	10
BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA SANITARIA	10
DECORRENZA DEI Piani sanitari e PRESTAZIONI DELLA MUTUA	10
GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	11
- Norme per prestazioni in assistenza diretta	12
- Pre-attivazione online	14
- Casi di prestazioni in urgenza	14
- Dopo il ricovero	15
- Visite di controllo (del Piano Base)	15
- Norme per le prestazioni con regime rimborsuale	15
- SERVIZI ACCESSORI-Consultazione della propria situazione	18
- Disposizioni varie: Reclami ; Controversie	18

PRESENTAZIONE E CONTATTI

All'interno della Guida trovi l'indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare i Piani. **Ti consigliamo di attenerci a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.**

Per informazioni di carattere amministrativo/gestionale, puoi rivolgerti direttamente a:
Mutua Ulisse – Società di Mutuo Soccorso
Via Lusitania 4 - 00183
Roma, ai seguenti contatti:
06 42884456 oppure 3515323342 - Fax: 0692912008
E_mail: info@mutuaulisse.it
Mutua Ulisse è comunque sempre a disposizione dei propri Soci per un'assistenza continua.

Per informazioni relative: all'utilizzo del Piano, alla prenotazione delle prestazioni, allo stato dei rimborsi; puoi contattare la Centrale Operativa di Intesa San Paolo RBM Salute SpA per Mutua Ulisse, ai seguenti numeri:
dall'Italia: 800 99 18 14 – dall'estero: 039 0422 1744301

N.B.: La Centrale operativa è attiva 24 h al giorno per 365 giorni

SCHEDE RIASSUNTIVE DEI PIANI SANITARI PIANO SANITARIO TUTELA SALUTE BASE

Che cosa è garantito?

- ✓ Rimborso delle spese mediche in caso di ricovero Istituto di Cura a seguito di malattia o infortunio per Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso, day hospital, parto e aborto
- ✓ Indennità sostitutiva ricovero con o senza intervento per ciascun giorno di ricovero
- ✓ Alta specializzazione: rimborso delle spese per un elenco di prestazioni di alta diagnostica radiologica, accertamenti e terapie
- ✓ Grave invalidità permanente da infortunio (per il titolare del nucleo familiare)
- ✓ Prestazioni diagnostiche a tariffe agevolate
- ✓ Diagnosi comparativa
- ✓ Dread disease
- ✓ Check up -
- ✓ Spese per visite di controllo, Fecondazione eterologa, Test genetici prenatali non invasivi su DNA fetale, Assistenza post parto, indennità per Trisomia 21 –Sindrome di Down, controllo pediatrico
- ✓ ComfortSalute®: Servizio di Consulenza Medica, Informazioni Sanitarie e Ricerca degli Istituti di Cura, Second Opinion, Servizio di Guardia medica permanente, gestione appuntamento, tutoring, Servizio "Segui la tua pratica", Consultazione On Line - Home Insurance.
- ✓

La copertura ha un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie.

	Che cosa non è garantito
Rischi Esclusi	Sono esclusi dall'assicurazione: 1) infortuni in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di

proprie azioni delittuose o atti autolesivi

- 2) spese relative a ricoveri, interventi che siano conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate prima della data di adesione da parte di ciascun Socio (Titolare e suoi eventuali familiari) a Mutua Ulisse.
- 3) azioni delittuose o atti autolesivi
- 4) Per i nuovi aderenti o gli aderenti già assicurati anche con altra compagnia di assicurazione con una copertura preesistente alla data di prima adesione a Mutua Ulisse, si intendono esclusi ricoveri che siano conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate prima della data di adesione da parte di ciascun assicurato a coperture sanitarie prestate da altra compagnia di assicurazione e preesistenti alla presente polizza, senza soluzione di continuità (ovvero, scaduta da non oltre 60 giorni rispetto alla data di adesione a Mutua Ulisse) o prima della data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione.
- 4) In relazione agli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo, si intendono compresi in garanzia quelli sostitutivi di protesi che siano state impiantate dopo la data di prima adesione del **socio alla** Mutua senza soluzione di continuità o alla data di successiva adesione in caso di interruzione
- 5) infortuni causati da azioni dolose dell'Assicurato
- 6) conseguenze di infortuni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni
- 7) infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"
- 8) infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
- 9) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
- 10) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- 11) spese in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
- 12) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati fino a 3 anni; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile **come da** Nomenclatore; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza e avvenuti in corso di contratto
- 13) protesi dentarie, cure dentarie e paradentarie, ad eccezione di quelle a scopo ricostruttivo rese necessarie da infortunio
- 14) cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze o di malformazioni diagnosticati e/o conosciuti prima della data di adesione ad una copertura assicurativa, ancorché prestata da altra Compagnia di assicurazione e preesistente alla data di adesione a Mutua Ulisse, senza soluzione di continuità o prima della data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione
- 15) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)
- 16) ricoveri impropri
- 17) ricoveri in lungodegenza
- 18) infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, le relative conseguenze e complicanze
- 19) conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Sono escluse dall'assicurazione, con riferimento alla garanzia "Grave invalidità permanente da infortunio", le invalidità dovute a:

- 1) guida e uso di mezzi di locomozione aerei
- 2) pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con

	<p>scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere</p> <p>3) corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo</p> <p>4) svolgimento di attività sportive a carattere professionale</p> <p>5) corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura</p> <p>6) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;</p> <p>7) atti di terrorismo, attentati, guerra o insurrezione</p>
--	--

Di seguito i massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie per le diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali sono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Massimale	350.000,00 euro
intervento chirurgico per Grave Evento Morboso e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso	
Condizioni:	
- diretta	scoperti e franchigie non previsti
- rimborso/mista	Scoperto 30% col minimo di 1.000,00 euro
- ticket	<ul style="list-style-type: none"> • Scoperti e franchigie non previsti, in alternativa alla garanzia "Indennità sostitutiva" • Ricovero in regime di libera professione in intramoenia, liquidazione/rimborso entro i limiti sopra indicati
Limite assistenza infermieristica privata individuale a rimborso	80,00 euro al giorno per massimo 30 gg a ricovero
Pre-ricovero e post-ricovero	100 gg / 100 gg

Sub massimali (*) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia o infortunio Interventi urologici con chirurgia robotica Accompagnatore Trasporto malato Rimpatrio salma Indennità sostitutiva/giornaliera ricovero con intervento Parto naturale e aborto terapeutico Neonati	10.000 euro a persona, entro 120 gg post 5.000,00 euro per l'utilizzo del robot; 10.000,00 euro per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento. 100,00 euro al giorno a rimborso 2.000,00 euro 2.000,00 euro 120,00 euro al giorno fino a 90 gg. 65,00 euro al giorno per massimo 30 gg. a ricovero Gratuita fino alla prima scadenza annua di polizza
(*): a queste voci si applicano limiti e franchigie del "Ricovero con o senza Intervento"	

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Alta specializzazione Massimale Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	5.000,00 euro Franchigia 35,00 euro per accertamento diagnostico Scoperto 20% e minimo 60,00 euro per accertamento diagnostico Scoperti e franchigie non previsti
2. Grave invalidità permanente da infortunio Massimale	Solo per il Titolare dell'adesione 25.000,00 euro <i>una tantum</i>
3. Prestazioni diagnostiche a tariffe agevolate Condizioni	Per accertamenti diagnostici non compresi nell' <i>Alta Specializzazione</i>
4. Diagnosi comparativa	<i>Solo in assistenza diretta</i>
5. Dread disease Massimale	2.500,00 euro <i>una tantum</i>
C) PREVENZIONE	
Massimale Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> • Uomini <i>Prevenzione Generale</i> • Donne <i>Prevenzione Generale</i> <ul style="list-style-type: none"> • Uomini e donne 	Non previsto <i>Solo regime diretto</i> 1 volta all'anno 1 volta all'anno 1 volta ogni due anni, dal compimento di 50 anni
<ul style="list-style-type: none"> • Uomini <i>Prevenzione Oncologica (sangue occulto; fPSA; alfa fetoproteine)</i> 	1 volta ogni due anni, dal compimento di 45 anni
<ul style="list-style-type: none"> • Donne <i>Prevenzione Oncologica</i> 	1 volta ogni due anni, dal compimento di 30 anni
Monitoraggio delle patologie tiroidee -Uomini e Donne	1 volta ogni due anni
D) ALTRE GARANZIE	

1. Visite di controllo Massimale Condizioni: - diretta (in struttura e medico convenzionati)	illimitato Scoperti e franchigie non previsti – 1(UNA) visita al mese per un solo componente del nucleo (in corso di copertura la stessa tipologia di visita non può essere ripetuta)
2. Fecondazione Eterologa Massimale Condizioni: - diretta - rimborso	250,00 euro Scoperti e franchigie non previsti Scoperti e franchigie non previsti
3. Test genetici prenatali non invasivi su DNA Fetale Massimale Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	condiviso con Alta Specializzazione Franchigia 35,00 euro a prestazione Scoperto 20% e minimo 60,00 euro a prestazione scoperti e franchigie non previsti
4. Assistenza post-parto Massimale Condizioni: - diretta	Assistenza post-parto Illimitato Scoperti e franchigie non previsti
5. Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di Assicurati) Massimale	1.000 euro, per massimo 3 anni
COMFORTSALUTE[®]	Previsto

PIANO SANTARIO TUTELA SALUTE PIU'

Che cosa è assicurato?

Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) garantisce:

- ☑ Rimborsamento delle spese mediche in caso di ricovero Istituto di cura a seguito di malattia o infortunio diverso da Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso, day hospital, parto e aborto terapeutico, intervento chirurgico ambulatoriale
- ☑ Indennità sostitutiva: PER ricovero con o senza intervento che non comporta spese: € 65,00 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento.
- ☑ Cure oncologiche
- ☑ Visite specialistiche
- ☑ Prestazioni odontoiatriche
- ☑ Stati di non autosufficienza temporale
- ☑ Trattamenti fisioterapici per gravi patologie
- ☑ Trattamenti riabilitativi a seguito di intervento chirurgico o da infortunio
- ☑ Immunonutrizione
- ☑ ComfortSalute[®]: Servizio di Consulenza Medica, Informazioni Sanitarie e Ricerca degli Istituti di Cura, trasferimento e rientro sanitario, Second Opinion, Servizio di Guardia medica permanente, gestione appuntamento, tutoring, Servizio "Segui la tua pratica", Consultazione On Line - Home Insurance.

La copertura ha un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie.

Rischi Esclusi	<p>Sono esclusi dall'assicurazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) infortuni causati da conseguenze di azioni dolose dell'Assicurato 2) patologie conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni 3) infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill" 4) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici; 5) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico 6) spese in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico 7) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo che a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio o interventi demolitivi, avvenuti in corso di polizza 8) protesi dentarie, cura delle paradontopatie e cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto in polizza 9) cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, anche se concluso con altra Compagnia, in continuità di copertura, senza soluzione di continuità. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhisia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie 10) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato) 11) ricoveri impropri 12) ricoveri in lungodegenza 13) accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale <p>Sono escluse dall'assicurazione, con riferimento alla garanzia "Stati di non autosufficienza temporanea", le conseguenze dirette o indirette di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 14) fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti 15) alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni 16) guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti 17) trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti 18) infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, free-climbing, rafting, alpinismo estremo, immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o no 19) malattie mentali e disturbi psichici in genere 20) prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto) 21) infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale. 22) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.
-----------------------	---

Di seguito i massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie per le diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali sono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Massimale	200.000,00 euro
Ricovero in Istituto di Cura a seguito di malattia o infortunio diverso da Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso, parto e aborto terapeutico, Day hospital, intervento chirurgico ambulatoriale Condizioni: - diretta - rimborso/mista - ticket Retta di degenza a rimborso Pre/post	franchigia di 1.000,00, ridotta a 750,00 euro in caso di Day Hospital e a 350,00 euro in caso di intervento chirurgico ambulatoriale Scoperto 35% col minimo di 3.000,00 euro, ridotto a 750,00 euro in caso di Day Hospital e intervento chirurgico ambulatoriale • Scoperti e franchigie non previsti, in alternativa alla garanzia "Indennità sostitutiva" * Ricovero in regime di libera professione in intramoenia, liquidazione/rimborso entro i limiti sopra indicati € 200,00 al giorno 100 gg / 100 gg
Sub massimali (*) Interventi urologici con chirurgia robotica Accompagnatore Trasporto malato Rimpatrio salma Indennità sostitutiva/giornaliera <i>Ricovero con intervento</i> Parto naturale e aborto terapeutico Parto cesareo	5.000,00 euro per l'utilizzo del robot; € 10.000,00 per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento. 100,00 euro al giorno a rimborso 2.000,00 euro 2.000,00 euro 65,00 euro al giorno fino a 30 gg. 4.000,00 euro 5.000,00 euro
Neonati	Gratuita fino alla prima scadenza annua di polizza

(*): a queste voci si applicano limiti e franchigie del "Ricovero con o senza Intervento"

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Cure oncologiche Massimale Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	8.500,00 euro Franchigie e scoperti non previsti Scoperto 25% diagnostico Scoperti e franchigie non previsti

2. Visite specialistiche Massimale Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	1.000,00 euro Franchigia 30,00 euro per visita specialistica Scoperto 25% e minimo 60,00 euro per visita Specialistica Scoperti e franchigie non previsti
3. Prestazioni odontoiatriche	
3.1 Interventi chirurgici odontoiatrici Massimale Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	3.000,00 euro per Assicurato Franchigie e scoperti non previsti Scoperto 20% Scoperti e franchigie non previsti
3.2 Prestazioni odontoiatriche particolari Condizioni	Solo in assistenza diretta Limite di 60,00 euro per seduta di igiene orale

3.3 Cure dentarie da infortunio Massimale Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	1.000,00 euro Franchigie e scoperti non previsti Scoperto 20% e minimo 100,00 euro per fattura Franchigie e scoperti non previsti
3.4 Prestazioni diagnostiche a tariffe agevolate Condizioni	Solo in assistenza diretta In caso di piano di cure, necessario a seguito di prevenzione odontoiatrica
3.5 Esami diagnostici	
4. Stati di non autosufficienza temporanea Condizioni	500,00 euro al mese per massimo 10 mesi
5. Trattamenti fisioterapici per gravi patologie Massimale	Solo in assistenza diretta 2.000,00 euro
6. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di malattia, infortunio e interventi chirurgici Massimale Condizioni: - diretta - rimborso(**) - ticket	500,00 euro Franchigie e scoperti non previsti Franchigie e scoperti non previsti Franchigie e scoperti non previsti
(**) Il regime è attivabile nel solo caso in cui l'Assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. Diversamente, l'Assicurato si avvarrà di una struttura sanitaria convenzionata con il Network.	
COMFORTSALUTE® previsto	

Le prestazioni e le strutture convenzionate, sono consultabili sul nostro sito: www.mutualisse.it

Su www.mutualisse.it, hai a disposizione la Tua **AREA PERSONALE** con pratiche funzioni **online** che velocizzano e semplificano tutte le operazioni legate all'utilizzo dei Piani Sanitari. I servizi online sono attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

FINALITÀ di Mutua Ulisse

La Mutua ha lo scopo di erogare ai propri Soci senza alcun fine di speculazione e di lucro, e nel rispetto dei principi della mutualità, assistenze economiche e sanitarie, ad integrazione delle prestazioni previste

dalla vigente legislazione in materia sanitaria nei limiti e con le modalità determinate da apposito Regolamento, dalla presente Guida e dai Nomenclatori dei Piani Assistenziali predisposti da Mutua Ulisse, e principalmente: di svolgere attività di assistenza sanitaria, parasanitaria ed economica; sia in forma diretta che indiretta, anche stipulando convenzioni con presidi e strutture sanitarie sia pubbliche che private, direttamente o mediante accordi con società terze.

TIPOLOGIE DI SOCI E CESSAZIONE DELLA QUALITÀ DI SOCIO

Possono essere soci, nelle forme previste dal Regolamento di Mutua **Ulisse, tutte le persone fisiche residenti in Italia che abbiano i** requisiti previsti dalle leggi, dallo Statuto e dal Regolamento, che facciano richiesta di adesione.

La qualità di Socio decade se:

1. i Soci non osservano lo statuto Sociale ed il regolamento;
2. i Soci abbiano simulato ad arte il verificarsi delle condizioni per ottenere le prestazioni o abbiano commesso reati di natura dolosa in danno della Mutua;
3. i Soci non risultino in regola con il versamento dei contributi Sociali.

BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA SANITARIA

L'assistenza è prestata a favore dei Soci di Mutua Ulisse (nelle persone del richiedente e dei suoi familiari). Quali soci familiari del richiedente, che assumono tutti la qualità di soci ordinari) si intendono i coniugi o conviventi *more uxorio* e i figli, **questi ultimi solo se** conviventi, risultanti da stato di famiglia o da autocertificazione ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, della condizione di famiglia legittima o di fatto, sempreché abbiano sottoscritto l'apposito modulo di adesione e sia stato versato il relativo contributo. **In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.**

DECORRENZA DEI PIANI E PRESTAZIONI DELLA MUTUA

Decorrenza.

I Piani sanitari di Mutua Ulisse hanno sempre inizio dal giorno 1 del mese di gennaio e terminano il giorno 31 dicembre dello stesso anno.

Le garanzie dei Piani sanitari hanno effetto:

- per i soci della Mutua già iscritti, che versano il contributo di rinnovo entro il 28 febbraio, dalle ore 00:00 del giorno 01 Gennaio.
- per i nuovi Soci: dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo al pagamento del contributo, se il versamento è effettuato entro il giorno 30 del mese.

PRESTAZIONI

La Mutua eroga le prestazioni di assistenza sanitaria sulla base di specifiche convenzioni stipulate con primarie Compagnie di assicurazione. Per il 2021/2022 Mutua Ulisse ha rinnovato la convenzione con Intesa San Paolo RBM Salute spa che mette a disposizione il Network Sanitario di Previmedical spa.

Intesa San Paolo RBM Salute spa e Previmedical spa mettono a disposizione dei Soci di Mutua Ulisse, una Centrale Operativa per la gestione dei servizi relativi alle prestazioni, attivabile mediante il numero verde

800-991814 (aperta 24h al giorno per 365 giorni)

Attraverso uno staff di operatori e di medici qualificati, la Centrale Operativa di Mutua Ulisse è quindi in grado di consigliare ai Soci le strutture più adatte, di prenotare le prestazioni sanitarie, di fornire consulenza medica.

Si prega di leggere con particolare attenzione le istruzioni che seguono, sia per quello che riguarda la gamma delle prestazioni che per le loro modalità di erogazione, onde garantire il corretto svolgimento del servizio.

REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni garantite da Mutua Ulisse.

Le prestazioni sono garantite attraverso **due regimi di erogazione**:

- a) **Assistenza sanitaria diretta**: è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico; qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso una Struttura Convenzionata con il Network Previmedical, ma l'équipe medica non lo fosse (**c.d. Prestazioni Miste**), con riferimento agli onorari dell'équipe non convenzionata Previmedical, la liquidazione avverrà secondo la modalità indicata al punto b). Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti dal Piano Sanitario;
- b) **Assistenza sanitaria rimborsuale**: è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni, previste dal proprio Piano sanitario, ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

Non sono ammesse prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso in cui l'Assistito decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N e tutte le spese del ricovero fossero a carico del S.S.N., verrà corrisposta un'indennità sostitutiva giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento (si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso), nei termini previsti dal solo Piano Sanitario.

Si precisa inoltre che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine dei Nomenclatori dei Piani Sanitari (Tutela Salute Base e Tutela Salute Più), devono essere effettuati presso Centri Medici (come descritti nel Glossario del Nomenclatore: pag. 1)

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet www.mutuaulisse.it.

Inoltre, sempre dal sito, previa autenticazione, si accede all' "**Area Riservata**" degli iscritti dove è possibile:

- a) Attivare una prestazione diretta;
- b) Compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. C).

L'accesso all'Area Riservata è consentito agli Assistiti ai quali preventivamente sono state rilasciate da Mutua Ulisse, login e password.

Per accedere alla propria Area Riservata ed ai relativi servizi online,
sarà sufficiente seguire le seguenti istruzioni:

Collegarsi al sito: www.mutuaulisse.it

Cliccare in alto su “Area Riservata”

Inserire nel campo “Login” il proprio codice fiscale (in maiuscolo)

Inserire nel campo “Password” la password da noi comunicata in precedenza o quella successivamente modificata.

***NB. Se si sono smarriti i dati di accesso o non sono stati ricevuti in precedenza, si possono richiedere o direttamente cliccando su “hai dimenticato la Tua password” oppure si possono richiedere ai nostri uffici**

E’ possibile seguire la propria pratica dalla propria Area Riservata come sopra indicato.

Infine, è data l’opportunità agli Assistiti, qualora avessero interesse per un medico e/o una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell’ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale nominativo/ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a Intesa San Paolo RBM Salute spa, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@intesasanpaolorbmsalute.com

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l’Assistito, **dovrà:**

*** individuare la struttura convenzionata dove effettuare la prestazione e fissare l’appuntamento;**
*** successivamente e preventivamente contattare la Centrale Operativa** di Mutua Ulisse (almeno 48 ore lavorative prima della prestazione) per ottenere la relativa autorizzazione. In caso di richiesta di ricovero per intervento chirurgico, occorrerà chiedere l’autorizzazione con un preavviso maggiore.

L’elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.mutuaulisse.it

L’Assicurato potrà verificare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione anche tramite accesso alla propria area riservata (sempre dal sito www.mutuaulisse.it), nonché attraverso l’interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura.

Di seguito, indichiamo il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire.

In caso di mancata presentazione all’appuntamento si prega di darne pronta comunicazione alla Centrale Operativa.

PRIMA DELLA PRESTAZIONE

L’AUTORIZZAZIONE

Prima della prestazione, l’Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest’ultima l’autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta (ove previsto dal Piano Sanitario), allegando la documentazione giustificativa necessaria.

Per richiedere l’autorizzazione, l’Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800.99.18.14** da telefono fisso e cellulare (numero verde gratuito);
- **0039 0422.17.44.301** per chiamate dall’estero.

Per trasmettere eventuale documentazione afferente esclusivamente l’autorizzazione:

- **0422.17.44.801** via fax
- assistenza.mutuaulisse@previmedical.it via mail

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

Resta inteso che, in particolare per richieste di ricoveri con interventi chirurgici, la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un maggior tempo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

Pertanto, **fermo il preavviso minimo di 2 gg. (48 h) lavorativi e qualora la documentazione giustificativa necessaria sia completa**, la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione o diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di Assistenza diretta con le seguenti tempistiche:

- **Entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta** se pervenuta con un anticipo di almeno 10 giorni lavorativi dalla data dell'evento;
- **Entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta** se pervenuta con un anticipo tra i 9 e 5 giorni lavorativi dalla data dell'evento;
- **Entro 1 giorno lavorativo dalla richiesta** se pervenuta con un anticipo tra i 5 e i 3 giorni lavorativi dalla data dell'evento.

Rimane fermo per l'Assistito il diritto a chiedere l'autorizzazione con un preavviso di almeno 2 gg. (48 ore) lavorativi seppure, in tale ipotesi, tale preavviso minimo potrebbe comportare nel caso di diniego dell'autorizzazione, una comunicazione da parte della Centrale Operativa estremamente a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

L'Assistito deve di volta in volta chiedere l'autorizzazione per ogni singola prestazione che deve eseguire (comprese le prestazioni odontoiatriche e terapie se comprese nel proprio Piano sanitario); non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà **fornire alla Centrale Operativa** le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione;
- data e ora della prestazione;
- prestazione da effettuare;
- recapito telefonico (o anche indirizzo e-mail) della persona che deve effettuare la prestazione;
- data e ora della prestazione;
- diagnosi o quesito diagnostico.

Qualora sia richiesta una visita specialistica, occorre indicare anche il nome del medico che effettuerà la visita presso la struttura convenzionata scelta.

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax o e-mail** alla Centrale Operativa:

- prescrizione medica in corso di validità, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia** per la quale è richiesta la prestazione; la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione**; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, è **necessario il relativo referto**

La prescrizione medica NON è richiesta in caso di prestazioni relative alla Prevenzione Sanitaria.

- in caso di infortunio, **trasmettere il referto del Pronto Soccorso, o un certificato** emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo oppure da certificato del proprio medico.
Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).**
- Se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**
- **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare, non

appena in possesso, anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole).

- **per la garanzia "Diagnosi comparativa"**: fornire la documentazione necessaria per definire la propria patologia. Mutua Ulisse e Intesa Sanpaolo RBM Salute inoltreranno la documentazione ai consulenti medici, con spese a carico dell'Assicurato, al fine di individuare il medico specialista.

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. **In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS o E-Mail.**

Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini dei Nomenclatori dei Piani sanitari, secondo le condizioni di convenzione stipulate con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, della relativa autorizzazione.

LA PREATTIVAZIONE

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.mutuaulisse.it -> AREA RISERVATA, e cliccando su "Gestione delle prestazioni": sulla maschera che appare è possibile avvalersi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Prenotazione Ricoveri, visite ed esami in convenzione". L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una prima maschera per la scelta della prestazione da attivare in assistenza diretta (ricoveri, visite specialistiche, esami di laboratorio, prestazioni odontoiatriche, ecc.). Successivamente l'Assistito passa ad una seconda maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito potrà indicare:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- la provincia ove è ubicata la struttura.
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto. Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture facenti parte del Network che rispondono ai criteri di ricerca, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Prenotazione Ricoveri, visite ed esami in convenzione".

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di pre-attivazione.

ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza è attivabile per patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna (infortunio).

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa

- l'Assicurato può chiedere il rilascio dell'autorizzazione **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa (per mail assistenza.mutuaulisse@previmedical.it Oppure per fax al nr. 0422.17.44.801) allegando il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza. Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito procederà con la forma rimborsuale.

MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo, se previsto dal proprio Piano Sanitario, nei termini e limiti da questo previsti.

DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento), nonché le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.

Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa San Paolo RBM Salute spa) provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota).

PRESTAZIONE EXTRAOSPEDALIERA PER VISITE DI CONTROLLO (del Piano Base).

La Visita di controllo prevista nel Nomenclatore del Piano sanitario di Base, potrà essere effettuata, per ciascun mese, da un solo componente del nucleo familiare garantito, in strutture convenzionate e con medico convenzionato. Inoltre nel periodo di copertura annuale non potrà essere effettuata più volte la stessa tipologia di visita per nucleo assicurato.

L'assistito dovrà:

- a) individuare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la visita, chiedere il nome del medico convenzionato che effettuerà la visita e fissare la data della visita;
- b) contattare preventivamente la centrale operativa di Previmedical (almeno 48 ore lavorative prima dell'evento); indicare la struttura sanitaria convenzionata, il nome del medico che effettuerà la visita, la data della prestazione.

La prestazione sopra elencata viene liquidata anche in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non sarà richiesta alcuna prescrizione medica o specialistica.

LE PRESTAZIONI SANITARIE CON REGIME A RIMBORSO

A. DOMANDA DI RIMBORSO

Attenzione: Eventuale documentazione inviata agli uffici di Roma di Mutua Ulisse, non preposti alla liquidazione dei rimborsi, non sarà prese in carico e pertanto la pratica non avrà corso.

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea, b) on line.** In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso è a favore dell'Assistito titolare della copertura.

A.1 RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

Per ottenere il rimborso l'Assistito, al termine della prestazione e non appena disponibile la documentazione medica completa, dovrà **compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dal sito della Mutua www.mutuaulisse.it) ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa (medica e documentazione di spesa):**

1) Documentazione medica:

1. **Prescrizione con indicazione del quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale) e/o della diagnosi.** La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse **devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto;**
2. **In caso di ricovero**, (sia con pernottamento che diurno (Day Hospital) occorre allegare anche la **Cartella clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
3. **in caso di Intervento Ambulatoriale**, con eventuale referto istologico, se eseguito, occorre allegare la **Relazione medica** attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate.
4. **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti**, in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
5. **per trattamenti fisioterapici** (se previsti dal proprio Piano sanitario):
 - a. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
 - b. indicazione del **titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazione
6. **In caso di infortunio fornire anche:**
 - **Se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, anche il nominativo e il recapito del terzo.**
 - **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare (non appena in possesso) anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo **CID** (constatazione amichevole).
7. **In caso di cure dentarie da infortunio** le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite (sulle fatture deve essere sempre applicato il bollo previsto dalla legge).

Si precisa che non sono ammessi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.
8. Per prestazioni **in Regime misto**:L'Assistito deve presentare anche :
 - a) Un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata che attesta il pagamento delle prestazioni dell'équipe non convenzionata; **Oppure**
 - b) Prova del pagamento degli onorari medici non convenzionati.
9. **Indennità per stato di non autosufficienza temporanea** (garanzia del Piano Tutela Salute Più). documentazione necessaria contenuta nel fascicolo, da presentare alternativamente:
 - copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero
 - certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricoveroDovranno essere inoltre allegati:
 - fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro
 - specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui si chiede il rimborso, a seguito di richiesta di RBM Salute

Quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri. Mutua Ulisse (o la società Intesa San Paolo RBM Salute) può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

2) Documentazione di spesa quietanzata:

1. Fatture, notule, ricevute, emesse da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi, e dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite. La documentazione di spesa dovrà avere la marca da bollo nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

La somma spettante all'Assistito è calcolata con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

Il Modulo e gli allegati devono essere inviati a :

ULISSE – Società di Mutuo Soccorso
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via Enrico Forlanini, 24 – Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

A.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera A.1) l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà **trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa.** A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.mutuaulisse.it (AREA RISERVATA e dopo cliccare su "Gestione delle prestazioni"). La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere comunque avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente punto A.1)

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta: se si accerta che non sussistono le garanzie dei Nomenclatori, o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione:

- Mutua Ulisse, per i tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute ne dà comunicazione scritta all'Assistito, il quale deve:
 - restituire a Intesa Sanpaolo RBM Salute tutte le somme che questa, per conto di Mutua Ulisse, ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici;
 - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

III. SERVIZI ACCESSORI

LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria **AREA RISERVATA** dal sito internet **www.mutuaulisse.it** e cliccando poi su **“Gestione delle prestazioni”**, l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso. In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- Data rimborso;
- Tipologia prestazione medica;
- Persona interessata (iscritto o familiare);
- Totale rimborso.

IV. DISPOSIZIONI VARIE

1) RECLAMI.

Come fare reclamo

I reclami sull'esecuzione e rispetto delle norme della Guida e del Nomenclatore (alla stregua di un servizio assicurativo) devono essere scritti e inviati a Intesa Sanpaolo RBMSalute a scelta:

- compilando il form on line (<https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html>),
- per posta ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami – Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
- per fax: 0110932609 - per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com
- a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danno di esecuzione del contratto.

Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi.

Liti transfrontaliere

Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su www.ec.europa.eu/fin-net) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

Risposte al reclamo

Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento. Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Romafax: 06.42133206
pec: ivass@pec.ivass.it informazioni su www.ivass.it
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia (D. Lgs. 28/2010, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali).
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

2. CONTROVERSIE

A) Foro Competente

Per le controversie tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Contraente Mutua Ulisse: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede legale Mutua Ulisse;

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assistito o dell'avente diritto.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

In caso di contestazioni aventi ad oggetto la gestione delle prestazioni erogate o negate, l'Assistito deve rivolgersi a IntesaSan Paolo RBM Salute spa

B) Controversie: mediazione

Per controversie connesse alla presente Guida e ai Nomenclatori dei Piani sanitari di Mutua Ulisse (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente (D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni).

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

C) Legge applicabile alla presente Guida e ai Nomenclatori dei Piani sanitari di Mutua Ulisse.

Rinvio alle Norme di Legge

Si applicano le norme della Legge italiana.

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.