

PIANO SANITARIO: TUTELA SALUTE PIU' (integrativo del Piano Base)

GLOSSARIO

DEFINIZIONI

Le seguenti definizioni fanno parte integrante dei Nomenclatori ed esplicitano il significato di termini usati all'interno degli stessi Nomenclatori.

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una

malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assistito: il soggetto il cui interesse è protetto dalle norme del successivo Nomenclatore, ovvero il Socio di Ulisse- società di

mutuo soccorso, che abbia aderito alla copertura "Tutela Salute Base".

Anagrafica: file digitale contenente il censimento degli Assistiti.

Assicurazione: il contratto intercorrente tra la Società (Intesa San Paolo RBM salute spa) e Ulisse – società di mutuo soccorso,

con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito (come sopra definito) entro i limiti convenuti del presente Nomenclatore, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa

- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assistito eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle norme del Nomenclatore

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Associato: Ulisse — Società di Mutuo Soccorso, associato alla Cassa.

Carenza: periodo compreso tra l'ingresso in copertura (prima richiesta di adesione alla Mutua) e l'attivazione delle coperture.

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento

in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico. La lettera di dimissioni e la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.) non sostituiscono la cartella clinica.

Cassa/Fondo: CassaSALUTE, via Lazzari 5 - Venezia Mestre (VE), soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo

ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

Centrale Operativa: la struttura di Previmedical S.p.A. in funzione 365 giorni l'anno, 24 ore su 24, costituita da medici, tecnici

ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assistito ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete" dal contratto.

Centro Medico: struttura, anche non adibita al ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)

- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

- non finalizzata a trattamenti estetici.

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società all'Associato che riporta gli elementi principali della copertura (decorrenza e scadenza della copertura, il contributo associativo alla Mutua, gli estremi dell'Aderente/Associato, i soggetti garantiti, ecc).

Compagnia: Intesa san Paolo RBM Salute spa

Contraente: Cassa Salute e Ulisse — Società di Mutuo Soccorso, i soggetti che stipulano la polizza nell'interesse proprio o di chi spetta e la seconda è responsabile del versamento del premio.

Day Hospital: ricovero senza pernottamento in Istituto di Cura, per terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo ricovero concluso con propria cartella clinica, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie)

N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, gli eventi sono due o più e considerati distinti (esempio: più cartelle cliniche, relative anche a trasferimenti senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, determinano due o più eventi considerati distinti).

Data evento: data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.

Data evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.

- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.

Data evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.

- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.

Data evento: data della singola prestazione oncologica per lo specifico evento.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Indennità sostitutiva: indennizzo forfettario giornaliero conseguente a ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico dell'Assistito, durante il ricovero o per prestazioni ad esso correlate (pre e post, fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari).

Indennizzo: la somma che Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) deve in caso di sinistro, coperto dalle presenti norme del Nomenclatore.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento ambulatoriale: Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o la studio medico chirurgico.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione

dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del

paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza

del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico

abbia stipulate apposita convenzione (fuori sede).

Invalidità Permanente da Infortunio: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile, a seguito di infortunio, della validità

fisica dell'Assistito, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o per la lunqodeqenze (RSA); gli Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

Lungodegenza: ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata. Consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza

medica ed infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9ª revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. **Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.**

Medicina Alternativa o Complementare: pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli

Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni

in regime di assistenza diretta e mista.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.mutuaulisse.it

Nucleo familiare: il richiedente l'adesione a Mutua Ulisse, il coniuge non legalmente separato o, in alternativa, il convivente

more uxorio, tale indipendentemente dal genere, e i figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché

studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di

divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria. Sono, altresì, equiparabili ai figli, ai fini della copertura assistenziale, i figli del coniuge o del convivente.

Polizza: Contratto di assicurazione che descrive e prova l'assicurazione intercorrente tra Intesa SanpaoloRBM salute spa e Ulisse – società di mutuo soccorso, contratta a favore dei soci di Mutua Ulisse.

Premio: la somma dovuta dal Contraente (Mutua Ulisse) alla Società.

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce

- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Se previsto, costituisce parte integrante del Contratto

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni

o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Regime misto: regime per cui l'Assistito

- attiva la centrale operativa

- accede ad Istituti di cura convenzionati del Network e riceve prestazioni mediche da medici non convenzionati.

Regime rimborsuale: regime per cui Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) rimborsa le spese sostenute

per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel presente

Nomenclatore

e nella Guida alle prestazioni

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da

una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.

Ricovero improprio: la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

Rimborso/Indennizzo: la somma che Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) deve in caso di sinistro coperto dalle presenti norme del Nomenclatore, a fronte di spese sostenute dall'Assistito e previste dal Nomenclatore.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso indennizzabile a norma del presente Nomenclatore.

Società: Intesa San Paolo Rbm Salute spa, che gestisce le prestazioni e i rimborsi per conto di Ulisse – società di Mutuo soccorso.

Sport professionistico / Gare professionistiche: attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Per ricoveri con intervento chirurgico il sub-massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

Stato di salute "temporaneo": relativo alla salute dell'Assicurato, suscettibile di completa guarigione (v.garanzia "Stati di non autosufficienza temporanea").

Tecniche di comunicazione a distanza

tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per rilevare la presenza di aneuploidie (cioè alterazioni del numero normale di cromosomi) nel feto.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come dalle norme del presente Nomenclatore. Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, **Terapista della riabilitazione** dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995(fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici) o per finalità di mantenimento

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista).

NOMENCLATORE “B” – PIANO TUTELA SALUTE PIU’
(Integrativo del Piano Base)
DECORRENZA 01/01/2021 – 31/12/2022

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo dell'indennizzo.

Oggetto delle Coperture Sanitarie

Il presente Piano Sanitario è operante in caso di malattia e in caso di infortunio che abbiano luogo durante l'operatività delle norme del Nomenclatore per le spese sostenute dall'Assistito di seguito descritte:

- A) Prestazioni Ospedaliere.
Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio diverso dal Grande Intervento Chirurgico (vedi Allegato n.1 - Elenco Grandi Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso (vedi Allegato n.2 - Elenco Gravi Eventi Morbosi); parto e aborto terapeutico; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale;
- B) Prestazioni extraospedaliere: Cure oncologiche, Visite specialistiche, Prestazioni odontoiatriche particolari, Stati di Non Autosufficienza, Trattamenti Fisioterapici per gravi patologie, Trattamenti Fisioterapici e riabilitativi extraospedaliere a seguito di malattia, infortunio o interventi chirurgici
- C) Altre garanzie

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio diverso dal Grande Intervento Chirurgico (vedi Allegato n.1 - Elenco Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso (vedi Allegato n.2 - Elenco Gravi Eventi Morbosi)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento: il solo intervento di Pronto Soccorso

non costituisce ricovero.

La Mutua provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

A.1) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero o dell'intervento chirurgico, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero o l'intervento chirurgico.

A.2) Durante il ricovero (in caso di interventi diversi da Grandi Interventi Chirurgici- già garantiti dal piano Tutela Salute Base)

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);

- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, endoprotesici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato;
- retta di degenza: nel caso di ricovero a rimborso, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di 200 euro al giorno, compreso il caso di ricovero in terapia intensiva. Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Per gli interventi urologici effettuati con chirurgia robotica, vengono previsti i seguenti sub-massimali:

- € 5.000,00 per l'utilizzo del robot;
- €10.000,00 per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico.

A.3) Dopo il ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, acquisto dei medicinali prescritti dal medico curante al momento delle dimissioni dall'Istituto di Cura, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

A.4) Trasporto sanitario

La Mutua rimborsa le spese di trasporto dell'Assistito in un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di cura ad un altro, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario, sia in Italia che all'estero, con il massimo di **€ 2.000,00 per ricovero**.

A.5) Rimpatrio salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Mutua rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 2.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

A.6) Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital, la Mutua provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto A "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio diverso dal Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso" e "Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

A.7) Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Mutua provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti A "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio diverso dal Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

A.8) Indennità sostitutiva

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 65,00** per ciascun giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30** giorni per ogni ricovero.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

A.9) Rette di degenza dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assicurato: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentati (fatture, notule, ricevute).

Limite in caso di utilizzo del regime rimborsuale: 100,00 euro al giorno.

A.10) Parto e aborto

Parto cesareo

In caso di parto cesareo la Mutua provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti A “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio diverso dal Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso”: “Durante il ricovero”, “Dopo il Ricovero”, “Retta di degenza dell’accompagnatore” e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 5.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

Parto naturale e aborto terapeutico

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico la Mutua provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti A “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio diverso dal Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso”: “Durante il ricovero”, “Dopo il ricovero” (due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto) e “Trasporto sanitario”

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 4.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

A.11) Neonati

I neonati sono assicurati dal momento della nascita per le identiche garanzie e per le medesime somme previste per la madre, con decorrenza immediata, sempreché vengano inclusi in garanzia entro 30 giorni dalla nascita mediante comunicazione alla Mutua. In tal caso, per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici.

La copertura per il neonato si intenderà gratuita fino alla prima scadenza annua di polizza.

A.12)

Modalità di erogazione delle prestazioni ospedaliere

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con Mutua Ulisse ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all’Assistito vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture convenzionate, ad eccezione di una franchigia di € 1.000,00 che verrà versata dall’Assicurato alla struttura al momento di effettuazione della prestazione; nel caso di **intervento chirurgico in day hospital la franchigia viene ridotta a € 750,00, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie; nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale la franchigia viene ridotta a € 350,00, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.**

Le prestazioni di cui al punto “Trasporto sanitario” vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punto medesimo e quelle di cui al punto “Parto e aborto” vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto medesimo (senza applicazione di franchigia).

- b) In caso di ricovero in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assistito con l’applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di **€ 3.000,00** ridotto a **€ 750,00 nel caso di interventi chirurgici in day hospital e ambulatoriali, fermo restando in ognuno dei casi, le limitazioni previste alle singole garanzie**: “Retta di degenza”; “Accompagnatore”; “Trasporto sanitario”; “Parto e aborto”; che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.
- c) **Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati.**

In questo caso **le spese relative alle competenze fatturate dalle strutture** vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia ad eccezione delle seguenti:

“Assistenza infermieristica privata individuale”; “Trasporto sanitario”; “Rimpatrio della salma”, che vengono rimborsate all’Assistito nei limiti previsti ai punti indicati; e del punto “Parto e aborto”, che viene liquidato alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

L'onorario dei medici non convenzionati viene invece gestito nella forma rimborsuale con i limiti per essa previsti.

- d) Qualora il costo del ricovero sia a completo carico del **Servizio Sanitario Nazionale**, in alternativa all'indennità sostitutiva prevista al punto "Indennità sostitutiva", la Mutua rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti comunque a carico dell'Assistito.
- e) Qualora il ricovero avvenga in **regime di libera professione in intramoenia** con relativo onere a carico dell'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle precedenti lettere a) o b).

Massimale delle prestazioni ospedaliere

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie della presente sezione "Prestazioni ospedaliere" corrisponde a **€ 200.000,00** per nucleo familiare.

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

Nei casi di malattie oncologiche, la Mutua liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), con massimale autonomo.

1. CURE ONCOLOGICHE

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

Modalità di erogazione delle prestazioni di diagnostica e terapia

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture stesse, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.
- b) In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno **scoperto del 25%**.
- c) Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Massimale delle prestazioni di diagnostica e terapia

La disponibilità annua per la presente garanzia è di **€ 8.500,00** per nucleo.

2. VISITE SPECIALISTICHE

La Mutua provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Modalità di erogazione delle visite specialistiche

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia fissa **di € 30,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.
- b) In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno **scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica.**

- c) Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Mutua rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Massimale delle visite specialistiche

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per nucleo.

3. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

3.1 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

La Mutua liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscane/o Teleradiografie**
- **referto dell'esame istologico in caso di asportazione di cisti mascellari, mandibolari, radicolari o biopsie**
- **certificati di laboratorio**
come meglio dettagliati nella tabella sotto riportata:

	Accertamenti diagnostici/evidenze preprestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze postprestazione richiesti
CONSERVATIVA (ad esempio cavità di 5^a classe di BLACK)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di ricostruzione con ancoraggio vite a perno	Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi solo certificato di laboratorio
CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotetico e asportazione cisti	Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di - asportazione cisti mascellari: anche esame istologico e ortopanoramica post

			prestazione (ortopantomica in alternativa a Rx endorale). - estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche fattura dell'anestesista - biopsie: esame istologico post prestazione.
IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)	Radiografie endorali e/o ortopantomiche e/o Dentalscan		Radiografie endorali e/o ortopantomiche
PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio
IGIENE ORALE (ablazione del tartaro)			Fotografie intraorali post prestazione
DIAGNOSTICA (per es. radiografia endorale)			Immagine referto che riporti data nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della prestazione

Per le prestazioni dentarie, che devono essere presentate dopo l'avvenuta prestazione occorre inviare:

- per conservativa endodontica (ad esempio una carie), cure odontoiatriche (per es. splintaggio, molaggio, placca di svincolo) e cure ortodontiche: la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante, e la patologia/diagnosi
- per le cure ortodontiche (per es. studio del caso ortodontico, visita ortodontica) deve essere indicata anche la relativa Classe scheletrica e/o di Angle
- per ortognatodonzia (per esempio terapia ortodontica):
 1. per minori: prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, teleradiografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali e di nuova generazione
 2. per adulti: prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, il piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, teleradiografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali.

Modalità di erogazione delle prestazioni per interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture stesse, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.
- b) In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno **scoperto del 20%**.
- c) Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Massimale delle prestazioni per interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 3.000,00 per assistito.

3.2 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

La Mutua provvede al pagamento delle spese sostenute, solo in assistenza diretta, in strutture convenzionate e previa prenotazione, e in un'unica soluzione per:

- una visita specialistica odontoiatrica;
- una seduta di igiene orale professionale l'anno: Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, **qualora si rendesse necessario**, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

La Mutua provvederà al pagamento della prestazione fino ad un **massimo di € 60,00**;

Sono comprese le spese sostenute per esami diagnostici nell'ambito della garanzia "Interventi chirurgici odontoiatrici" (radiografie, referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare).

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assistito, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Mutua, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assistenziale, la Mutua provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Le prestazioni indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

3.3 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Mutua, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, liquidava all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni

odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate.

Modalità di erogazione delle prestazioni per cure dentarie da infortunio

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture stesse, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.
- In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno **scoperto del 20% % con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni fattura**.
- Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Massimale delle prestazioni per interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

3.4 PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora, nel corso di una prestazione di prevenzione odontoiatrica, venga accertata l'esigenza di un successivo piano di cure, la Mutua, essendo le prestazioni necessarie non comprese nella garanzia, rende disponibile l'applicazione delle proprie tariffe agevolate per il relativo piano di cura concordato con l'odontoiatra convenzionato.

3.5 ESAMI DIAGNOSTICI

La Società liquida le spese sostenute per gli esami diagnostici conseguenti nell'ambito della garanzia "Interventi chirurgici odontoiatrici" (radiografie, referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare).

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

4. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

La Mutua garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assistito quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come di seguito definito.

È riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assistito, il cui stato di salute non sia giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo. Una persona, per esempio, che abbia bisogno di aiuto unicamente per lavarsi i capelli non verrà riconosciuta nell'incapacità di lavarsi)
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile. La capacità di nutrirsi implica di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire e non quella di tagliarli o aprire delle confezioni)
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio. Se una persona, ad esempio, può spostarsi da sola con l'aiuto di unbastone, di una stampella o di qualsiasi altro ausilio, viene considerata in grado di spostarsi da sola. Nel caso di utilizzo di sedia a rotelle il soggetto, per essere considerato autonomo, deve essere in grado di eseguire da solo i passaggi posturali quali poltrona/sedia a rotelle, sedia a rotelle/letto)
- vestirsi (capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente. Il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non viene considerato incapacità di vestirsi)

e che necessiti temporaneamente, ma in modo costante:

- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio
- oppure
- di sorveglianza medica/infermieristica prestati in regime di ricovero.

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assistite **non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:**

1. Avere **attualmente** bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Avere limitazioni funzionali nel compiere uno o più dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
3. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
5. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.
6. Essere di età superiore ad anni 70.
7. Essere di età inferiore ad anni 18.

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assistito si trovi nelle condizioni indicate corrisponde a **€ 500 da corrispondersi per una durata massima di 10 mesi.**

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'Assicurato o

qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- a) chiamare la Centrale Operativa e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre a fini della valutazione medica finale
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Il fascicolo deve contenere:

- modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato
- modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).
- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato
- se è stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN - è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Nel caso in cui l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a Intesa Sanpaolo RBM Salute tutta la documentazione medica in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Intesa Sanpaolo RBM Salute ha la facoltà di sottoporre l'Assicurato ad una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto come consolidato, le garanzie di polizza non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, Intesa Sanpaolo RBM Salute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, Intesa Sanpaolo RBM Salute invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante. Il questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la/le persona/e che si occupa/no effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti nella garanzia, se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione. Se invece l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero.

In entrambi i casi dovrà essere prodotta idonea documentazione.

Tutta la documentazione, incluso il questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata a Intesa Sanpaolo RBM Salute, che, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato

Intesa Sanpaolo RBM Salute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza decorre dal momento in cui Intesa Sanpaolo RBM Salute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di Intesa Sanpaolo RBM Salute dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata, entro i limiti previsti, in assistenza diretta ed in regime rimborsuale.

5. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI PER GRAVI PATOLOGIE

La Mutua provvede, esclusivamente presso strutture o centri convenzionati, al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi resi necessari dalle seguenti patologie:

- Ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti,
- Forme neurologiche degenerative e neuro miopatiche.

I trattamenti riabilitativi devono essere prescritti dal medico di base o da specialista la cui specializzazione sia inerente la patologia denunciata.

Massimale delle prestazioni per trattamenti fisioterapici per gravi patologie

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 2.000,00 per nucleo familiare.

6.) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI A SEGUITO DI MALATTIA, INFORTUNIO E INTERVENTI CHIRURGICI

La Società provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici e riabilitativi da **malattia, infortunio e anche conseguenti** a interventi chirurgici.

Massimale della prestazione per fisioterapia e riabilitazione da malattia, infortunio e conseguenti a interventi chirurgici.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500,00 per nucleo familiare

Modalità di erogazione delle prestazioni per fisioterapia e riabilitazione da malattia, infortunio e conseguenti a interventi chirurgici

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) In **strutture sanitarie e con personale convenzionato: franchigie e scoperti non previsti**
- b) In **forma rimborsuale**: franchigie e scoperti non previsti
Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Assistito fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.
Diversamente, l'Assistito dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata con Previmedical.
- c) Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

C) ALTRE GARANZIE

1. IMMUNONUTRIZIONE

1.1. Prestazioni

Nella garanzia ricovero sono compresi anche:

- prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS.
- servizio di reperimento dei prodotti a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute, nelle Strutture Sanitarie o nella farmacia più vicina all'abitazione del paziente.

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione:

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti: *Nessuno*

ESTENSIONE TERRITORIALE E CARENZE DEL PIANO SANITARIO

Estensione Territoriale

L'assistenza vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Termini di aspettativa - Carenze

La garanzia decorre dalle 00.00:

- del giorno di effetto della copertura del Piano Sanitario per le malattie manifestatesi in un momento successivo alla decorrenza della copertura e per gli infortuni;
- del 90° giorno successivo a quello di effetto della copertura del Piano Sanitario per le conseguenze di malattie e infortuni preesistenti alla data di copertura del Piano Sanitario; relativamente alle malattie, il termine di aspettativa opera per le conseguenze di stati patologici manifestatisi anteriormente alla decorrenza della copertura del Piano Sanitario;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto della copertura del Piano Sanitario per il parto e l'aborto terapeutico.

I termini di aspettativa sopraindicati non vengono applicati qualora la persona risulti essere stata assicurata nell'annualità precedente e quindi in continuità assicurativa con un piano sanitario avente le medesime garanzie.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO

Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 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° gradodella 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 validità del presente Nomenclatore.
- 8) protesi dentarie, cura delle paradontopatie e cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto nel Nomenclatore.
- 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 occhi sia 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:
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

13) accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale

Sono escluse dall'assicurazione, con riferimento alla garanzia "Stati di non autosufficienza temporanea", le conseguenze dirette o indirette di:

- 1) fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti
- 2) alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
- 3) 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
- 4) trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti
- 5) 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
- 6) malattie mentali e disturbi psichici in genere
- 7) prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto)
- 8) infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato
- 9) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

ALTRE GARAZIE

1) servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura

Se per infortunio o malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medicine strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:

- un esperto per un consulto telefonico immediato
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, per infortunio o malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:

- la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie
- l'équipe medica, all'occorrenza, segnala all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari; l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione, anche per eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed eventualmente individuare le strutture più appropriate, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato **la documentazione clinica.**

c) Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2) trasferimento e rientro sanitario

Se per infortunio o malattia l'Assicurato ha bisogno di essere trasportato in ambulanza o auto medica dal proprio domicilio a un istituto di cura o ospedale (o viceversa) o da un istituto di cura a un altro, può chiedere che, nell'ambito delle garanzie ricoveri, il trasporto sia effettuato in forma diretta, gestito quindi dalla Centrale operativa o in regime rimborsuale.

In tal caso IntesaSanPaoloRBM Salute (per conto di Mutua Ulisse) garantisce la liquidazione dei costi del trasporto fino a 500,00 euro, con le seguenti modalità di erogazione:

- Assistenza diretta: non previsti scoperti e franchigie
- Regime rimborsuale: scoperto 50% e col minimo non indennizzabile di 150,00 euro

3) second opinion

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza in Italia ed all'estero, complementare rispetto a una precedente valutazione medica.

4) servizio guardia medica permanente

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di una consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), la Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi) contatta i medici/paramedici curanti, consentendo all'Assicurato di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assicurato per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

5) gestione appuntamento

Se l'Assicurato necessita di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, la Centrale Operativa fissa un appuntamento presso il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assicurato. La Centrale Operativa provvede nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento tramite un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

6) tutoring

L'Assicurato è affiancato costantemente e professionalmente per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

7) servizio "segui la tua pratica"

È a disposizione il servizio "Segui la tua pratica", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l'invio di SMS.**

L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso.

Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso
- b) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso
- c) eventuale rifiuto della domanda di rimborso perché non indennizzabile.

8) consultazione on line - home insurance

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Sul sito internet www.mutuaulisse.it

- **Area riservata – Visualizzare La Guida e i Nomenclatori dei Piani sanitari**
- **Area riservata – Sinistri.** Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:
 - Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso
 - visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
 - ricercare le strutture convenzionate con il Network
 - consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

L'Assistito o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute (che agisce per conto di Mutua Ulisse) non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo¹⁴.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione della Società, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

La Centrale operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica (ad esempio non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal medico di medicina generale ai fini della cura della patologia dell'Assistito), ma si limitano ad accertare che si tratti di un **Sinistro in copertura**

¹⁴ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

La Società respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assistito
- errato inserimento della richiesta

Inoltre per l'Assistenza diretta, si respinge anche nei casi di:

- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati

La Società richiede all'Assistito di integrare la richiesta di rimborso se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario.

Se l'Assistito non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, il sinistro è respinto; **la domanda può essere ripresentata.**

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

Se l'Assistito riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso

Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assistito.

Visite di medici incaricati dalla Società

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati dalla Società e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

Decesso dell'Assistito

Se in corso di validità delle garanzie del presente Nomenclatore l'Assistito decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare Mutua Ulisse e Intesa Sanpaolo RBM Salute
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assistito
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - estremi del testamento
 - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - l'Assistito è deceduto senza lasciare testamento
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società (Intesa Sanpaolo RBM Salute per conto di Mutua Ulisse) a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

Prestazioni intramoenia

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital

I limiti di spesa (per esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

In regime di Assistenza Diretta, nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalle garanzie del presente Nomenclatore. L'Assistito è tenuto a restituire alla Società, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato è tenuto, su richiesta della Società, a restituire l'intera somma pagata dalla Società alla Struttura Convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura Convenzionata se la Società non aveva ancora provveduto al pagamento.

Controversie: mediazione

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa alle norme del presente Nomenclatore o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, individuata secondo quanto previsto a pagina 19 della Guida: "Foro competente".

ALLEGATO N.1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (già garantiti e Gestiti dal Piano Salute Base)

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sulla ipofisi per via tran sfenoidale
- Talamotomia, pallidotomia ed interventi similari
- Cordotomia, radi colotomia ed altri per affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana
- Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocèle, mielomeningocèle, ecc.)
- Vagotomia per via toracica
- Simpaticectomia cervico-toracica, lombare
- Plastica per paralisi del nervo facciale
- Intervento per epilessia focale o colosso tomi
- Intervento di encefalomeningocèle

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi.
- Mastectomia radicale con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

OCULUSTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectmia)
- Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico (acustico)
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e delle tonsille con svuotamento gangliare.
- Parotidectomia totale

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Dissezione radicale del collo

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococchi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale
- Asportazione del Timo

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomia
- Interventi sul cuore per via toracotomia
- Interventi di valvuloplastica a cuore chiuso
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica o laparoscopica
- Safenectomia della grande safena
- Endoarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retro peritoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale

- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica o per via laparoscopica
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Intervento per neoplasie pancreatiche
- Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica o per via laparoscopica
- Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica.
- Intervento di splenectomia.
- Interventi per ulcera peptica post-anastomotica

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia.
- Interventi per fistola vescico-rettale e per fistola vescico-intestinale e per fistole vescico-vaginale;

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento per eviscerazione pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca, ginocchio
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

CHIRURGIA PEDIATRICA

(Gli interventi sotto elencati sono in copertura solo in caso di neonati iscritti dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito
- Asportazione di tumore di Wilms

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo
- Trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche.

ALLEGATO N.2

ELENCO DEI GRAVI EVENTI MORBOSI (già garantiti e Gestiti dal Piano Tutela Salute Base)

Si considerano " Grave Evento morboso " le seguenti patologie:

- a) Infarto miocardico acuto
- b) Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - 1. Dispnea
 - 2. Edemi declivi
 - 3. Aritmia
 - 4. Angina instabile
 - 5. Edema o stasi polmonare
 - 6. Ipossiemia
- c) Neoplasie maligne con esclusione delle neoplasie in situ (definizione di tumore maligno in situ: tumore che non ha dato metastasi o diffusione linfonodale).
- d) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - 1. Ulcere torbide
 - 2. Decubiti
 - 3. Neuropatie
 - 4. Vasculopatie periferiche
 - 5. Infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- e) Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato
- f) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
- g) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare
- h) Sclerosi multipla
- i) Sclerosi laterale amiotrofica
- j) Morbo di Parkinson
- k) Gravi miopatie
- l) Insufficienza renale che necessiti di dialisi
- m) Tetraplegia