

NOMENCLATORE EXTENSION

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.

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

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.

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.

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 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.

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

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.

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 apposite convenzioni (fuori sede).

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 a deputate alle lungodegenze (RSA). E 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.

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 9° 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 assistenziale, 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.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

Polizza: Contratto di assicurazione che descrive e prova l'assicurazione intercorrente tra Intesa Sanpaolo RBM 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.

Presidio (o ausilio) medico ortopedico: strumento o manufatto che sostiene, supplisce, aumenta o migliora una funzione insufficiente o compromessa di parti anatomiche (per esempio: plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle ecc.).

Protesi acustica (apparecchio acustico): dispositivo elettronico esterno indossabile, che amplifica o modifica il

messaggio sonoro per correggere la qualità e la quantità del difetto uditivo causato da fatti morbosi, con carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.

Sono escluse, per esempio, le ortesi (come tutori, busti, ginocchiere, plantari).

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 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 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.

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).

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:

- medico specialista
- 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)
- 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

NOMENCLATORE – PIANO EXTENSION 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 –

CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 1. Descrizione delle prestazioni Garantite

Mutua Ulisse, per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assistito, a seguito di malattia o infortunio, mentre è operativo il presente Nomenclatore.

Questo Piano (extension) permette di aumentare i massimali di alcune garanzie e di accedere a prestazioni aggiuntive se l'Assistito ha già aderito ai Piani TUTELA SALUTE BASE o TUTELA SALUTE PIU?.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1. I massimali annui sono da considerarsi per Assicurato o per nucleo familiare in caso di estensione a più componenti del nucleo; nel caso di estensione della copertura a più componenti del nucleo, i massimali si intendono condivisi.

A) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

1. ANALISI DI LABORATORIO

1.1 Prestazioni

È previsto il pagamento delle spese sostenute per le analisi del sangue eseguite nell'ambito di un quadro clinico di tipo patologico dell'Assicurato.

1.2 Regimi e condizioni di erogazione Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 600,00 euro per Assicurato/nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigie e scoperti non previsti
- Regime rimborsuale: scoperto del 20% minimo 35,00 euro per evento
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

2. ALTA DIAGNOSTICA, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TERAPIE

2.1 Prestazioni

Sono previsti tutti gli accertamenti diagnostici non elencati nella garanzia *Alta Specializzazione* di cui al paragrafo B (B1). PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE del Piano TUTELA SALUTE BASE, incluse le terapie (chemioterapia, radioterapia e cobaltoterapia).

2.2 Regimi e condizioni di erogazione Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 3.000,00 euro per Assicurato/nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia di 35,00 euro per evento
- Regime rimborsuale: scoperto del 20% minimo 60,00 euro per evento
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

3. LENTI/OCCHIALI

3.1. Prestazioni

- Sono indennizzate le spese per acquistare occhiali da vista (comprensivi di montature), lenti da vista anche a contatto (escluse le "usa e getta" e comunque in alternativa alle lenti per occhiali) a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista abilitato, per recuperare l'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi
- la richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno
- è necessario presentare a Intesa Sanpaolo RBM Salute il certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹⁴.

3.2 Regimi e condizioni di erogazione Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 300,00 euro per Assicurato/nucleo.

Regimi di erogazione

- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Regime rimborsuale: scoperto del 20% a fattura

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 300,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00

Scoperto 20%

Indennizzo € 300,00 pari al massimale previsto.

¹⁴ D.Lgs 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

4. PROTESI E PRESIDI

4.1. Prestazioni

Sono indennizzate le spese per l'acquisto di protesi e presidi (o ausili) medici.

4.2 Regimi e condizioni di erogazione Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.000,00 euro per Assicurato/nucleo.

Regimi di erogazione

- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Regime rimborsuale: franchigie e scoperti non previsti

B) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

1. Prestazioni

Sono riconosciute le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi per recuperare la salute.

2. Regimi e condizioni di erogazione - Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.000,00 euro per Assicurato/nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigie e scoperti non previsti
- Regime rimborsuale: franchigie e scoperti non previsti

C) ALTRE GARANZIE

1. PACCHETTO MATERNITÀ

1.1 Prestazioni

La garanzia rimborsa le spese per:

- visite di controllo ostetrico ginecologiche (4 visite, elevate a 6 in caso di gravidanza a rischio)
- controlli ostetrici
- visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore (epidurale)
- ecografie ostetriche
- analisi di laboratorio cliniche
- accertamenti specialistici finalizzati al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto
- indagini genetiche

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Tali prestazioni sono riconosciute solo per donne di età inferiore o uguale a 50 anni di età.

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 800,00 euro per Assicurato/nucleo.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigie e scoperti non previsti
- Regime rimborsuale: franchigie e scoperti non previsti

Art. 2. Estensioni di garanzia

Se l'Assicurato fornisce prova di una precedente copertura sanitaria integrativa di cui era beneficiario, prestata da altra società di Mutuo Soccorso, o dimostra di essere titolare di una copertura sanitaria anche collettiva, scadute da non oltre 60 giorni rispetto alla data di primo pagamento del premio, la copertura ha efficacia senza soluzione di continuità con la precedente – con esclusivo riferimento alle patologie e alle relative prestazioni sanitarie previste anche dalla presente polizza – a partire dalle ore 00.00 della data di scadenza della medesima.

CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI – DELIMITAZIONI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 3. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) infortuni causati da azioni dolose dell'Assicurato
- 2) conseguenze di infortuni derivanti da 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) infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
- 5) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
- 6) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- 7) 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
- 8) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)
- 9) ricoveri impropri.
- 10) infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, le relative conseguenze e complicanze
- 11) conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Art. 4. Oneri in caso di sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Art.4.1 Oneri

Denuncia

L'Assistito o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro alla Compagnia non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo¹⁵.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assistito non è in grado di metterli a disposizione, 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 (i.e., 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.

Intesa Sanpaolo RBM Salute (che agisce per conto di Mutua Ulisse) respinge la richiesta della prestazione nei seguenti casi:

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- 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

Regime rimborsuale

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

¹⁵ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

Intesa Sanpaolo RBM Salute (che agisce per conto di Mutua Ulisse) può richiedere all'Assistito di integrare la richiesta di rimborso se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: mancanza di certificato di Pronto Soccorso, o documento alternativo, in caso di prestazioni connesse all'infortunio);
- 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, la prestazione richiesta è respinta; la domanda può essere ripresentata.

Data del Sinistro

- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita
- prestazioni fisioterapiche: quella di esecuzione della singola prestazione.

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 (Intesa SanPaolo RBMSalute per conto di Mutua Ulisse)

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute (che agisce per conto di Mutua Ulisse) 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.

Prestazioni intramoenia

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

4.2) Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta o mista

A) Prima della prestazione

L'Assistito deve preventivamente richiedere l'autorizzazione alla Centrale Operativa (operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione giustificativa necessaria, con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore lavorative di preavviso dall'evento.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, qualora la documentazione giustificativa necessaria sia completa:

- 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 3 giorni lavorativi dalla data dell'evento

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

Preattivazione

Il socio, previo accesso all'Area riservata del sito www.mutuaulisse.it, 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.). Segue il passaggio ad una seconda maschera dove impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; L'Assistito potrà indicare:

- ragione sociale della struttura
- provincia della struttura
- comune della struttura
- 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 preattivazione.

Il rilascio dell'autorizzazione può essere richiesto attraverso:

- portale web
- numeri telefonici dedicati:
 - **800.99.18.14** da telefono fisso e da telefono cellulare (numero verde)
 - **+39 0422.17.44.301** per chiamate dall'estero

Dati da fornire alla Centrale Operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione
- prestazione da effettuare
- data della prestazione
- diagnosi o quesito diagnostico.

Come trasmettere i documenti:

- da portale web
- per mail: assistenza.mutuaulisse@previmedical.it
- via fax: **0422.17.44.801**

L'Assistito potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata, nonché attraverso l'interlocazione telefonica con la Centrale Operativa. 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

Documenti da fornire alla Centrale Operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene il **quesito diagnostico/diagnosi e la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata:

- prestazioni diverse da quelle sopra indicate: 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**

Non è richiesta per le prestazioni di prevenzione sanitaria

- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**

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'Assistito deve inviare (non appena in possesso) anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);

- in caso di **prestazioni di gravidanza previste nel "Pacchetto maternità": certificato attestante lo stato di gravidanza**, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto;
- **in caso di gravidanza a rischio:** certificato medico che attesta la Patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
- **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti.

La Compagnia 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.

L'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmessa all'Assistito **a mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assistito dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail dell'autorizzazione. Qualora L'Assistito non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione dell'autorizzazione la mail ed

eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno della sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

Intesa Sanpaolo RBM Salute (per conto di Mutua Ulisse) effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini delle norme del presente Nomenclatore e della relativa Guida, secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

E' data l'opportunità agli Assistiti, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a Intesa Sanpaolo RBM Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@previmedical.it

B) Mancata attivazione della Centrale Operativa

Se L'Assistito ha effettuato una prestazione presso una struttura sanitaria convenzionata senza prima attivare la Centrale operativa, può richiederne il rimborso a Intesa Sanpaolo RBM Salute solo se previsto dalla relativa garanzia e alle specifiche condizioni in essa stabilite (per esempio scoperti o franchigie). Al di fuori di tali casi, le spese per la prestazione eseguita restano ad esclusivo carico dell'assistito.

C) Dopo l'esecuzione della prestazione.

- A prestazione avvenuta, L'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, franchigie, prestazioni non previste dalle norme del Nomenclatore)

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle norme del Nomenclatore, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assistito oppure alla Struttura convenzionata).

4.3) Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

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

la documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore dell'Assistito titolare della copertura.

- le prestazioni devono:
 - essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni**; se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, è necessario il relativo referto;
 - **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**
 - **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia sospetta tale)**
 - **essere fatturate da Istituto di Cura o da Centro Medico**. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi**.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, Intesa Sanpaolo RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

Intesa Sanpaolo RBM Salute (per conto di Mutua Ulisse) si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assistito entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

A) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.mutuaulisse.it – sezione Modulistica). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, Intesa Sanpaolo RBM Salute prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

- 1. documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La

documentazione di spesa deve 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

2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere.
3. **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹⁶.
4. **in caso di gravidanza a rischio**: certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
5. **per trattamenti fisioterapici**:
 - i. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
 - ii. indicazione del **titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazione
6. in caso di **infortunio** devono essere presentati 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'Assistito deve inviare (non appena in possesso) anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID**

La Compagnia 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.

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)

B) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assistito può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata (www.mutuaulisse.it)

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che Intesa Sanpaolo RBM Salute considera equivalente all'originale. Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta: se si accerta che la polizza intercorrente tra la Compagnia e Mutua Ulisse non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione

- Intesa Sanpaolo RBM Salute ne dà comunicazione scritta all'Assicurato

l'Assicurato deve:

- restituire a Intesa Sanpaolo RBM Salute tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
- oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

¹⁶ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

Capitolo 3 – norme di carattere generale

Art. 5) Categorie assicurate

Sono assicurabili:

- i soci di ULISSE – Società di Mutuo Soccorso che hanno versato il contributo
- relativi familiari a fronte del versamento di un contributo aggiuntivo.
- non rientranti tra le categorie di cui all'art. "Persone non assicurabili".

L'adesione per ogni componente del nucleo al piano sanitario è libera, senza vincoli rispetto alla scelta della copertura esercitata dal Titolare.

Art. 6. Estensione Territoriale

L'assistenza è garantita in tutto mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 7) Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 8) Contratto per conto altrui.

Come da Codice civile, gli obblighi del contratto devono essere adempiuti dal Contraente (Mutua Ulisse), salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assistito.

Art. 9) Carenza contrattuale

Non prevista.

Art. 10) Indicizzazione dei contributi sanitari e dei massimali garantiti

I contributi e i massimali garantiti non sono indicizzati.

Art 11) Decorrenza

L'assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

- Per i soci della Mutua già iscritti, che versano il contributo entro il 28 febbraio, dalle ore 00:00 del giorno 1 Gennaio.
- Per i nuovi soci: altrimenti 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.

Art. 12) Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e l'Assistito sono esonerati dal comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Assistito deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. Il Contraente e l'Assistito devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento⁰.

Art. 13) Foro Competente

Per le controversie

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

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

In caso di contestazioni aventi ad oggetto la gestione dei sinistri, l'Assicurato deve rivolgersi alla Compagnia.

Art. 14) Controversie: mediazione

Per controversie connesse al contratto (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 competente¹³.

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.

Art. 15) Legge applicabile al Nomenclatore - Rinvio alle Norme di Legge

Il presente Nomenclatore è regolato dalla Legge italiana.

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

Art. 16) Reclami

16.1 Come fare reclamo

I reclami sul contratto o su 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 danni o 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.

16.2) Risposte al reclamo

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 Roma
fax: 06.42133206
pec: ivass@pec.ivass.it
informazioni su www.ivass.it
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria⁷ per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Capitolo 5 – Servizi accessori

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 Intesa Sanpaolo RBM Salute 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 residisponibili 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

Area riservata, inserendo le credenziali di accesso dell'Area riservata **Web** (www.mutuaulisse.it)

- **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.