

Guida pratica all'utilizzo dei Piani sanitari di Mutua Ulisse

Con Nomenclatori dei Piani Sanitari: Tutela Salute Base e Tutela Salute Più

Edizione 2020

ULISSE - Società di Mutuo Soccorso
Via Lusitania, 4 00183 – Roma

Questo manuale e la Guida alle prestazioni sono stati predisposti in modo da costituire un agile strumento esplicativo; **in nessun caso può sostituire i Nomenclatori dei Piani Sanitari Tutela Salute Base e Tutela Salute Più, del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.**

Il Nomenclatore resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

I due nomenclatori relativi ai Piani Sanitari sono descritti in calce alla guida all'utilizzazione delle prestazioni offerte da Mutua Ulisse.

A garanzia dei nostri Soci, le prestazioni dei Piani sanitari 2019 sono garantite dalla convenzione che Mutua Ulisse ha sottoscritto con RBM Assicurazione Salute Spa e Previmedical Spa.

SOMMARIO

SOMMARIO	1
PRESENTAZIONE E CONTATTI	2
FINALITÀ	2
TIPOLOGIE SOCI E CESSAZIONE DELLA QUALITÀ DI SOCIO	2
BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA SANITARIA	2
PRESTAZIONI DELLA MUTUA	3
GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	3
NOMENCLATORE “A” – PIANO TUTELA SALUTE BASE	12
ALLEGATO N. 1 – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	25
ALLEGATO N. 2 – GRAVI EVENTI MORBOSI	28
NOMENCLATORE “B” – PIANO TUTELA SALUTE PIU’	29
APPENDICE AI NOMENCLATORI “A” E “B”: DEFINIZIONI	38

PRESENTAZIONE E CONTATTI

La “Guida ai Piani Sanitari” è un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo della copertura assistenziale sanitaria. All'interno della Guida trovi l'indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare i Piani. Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

Per informazioni di carattere amministrativo/gestionale, puoi rivolgerti direttamente a:

Mutua Ulisse – Società di Mutuo Soccorso

Via Savoia, 78 – 00198 – Roma,

ai seguenti contatti:

06 42884456 oppure 06 85237 240 - Fax: 0692912008

E_mail: info@ulissesms.it

Mutua Ulisse è comunque sempre a disposizione dei propri Soci per un'assistenza continua.

Per informazioni relative: all'utilizzo del Piano, alla prenotazione delle prestazioni, allo stato dei rimborsi; puoi contattare la Centrale Operativa di RBM Assicurazione Salute SpA per Mutua Ulisse, ai seguenti numeri:

dall'Italia: 800 99 18 14 – dall'estero: 039 0422 1744301

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

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

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

FINALITÀ

La Mutua ha lo scopo di erogare ai propri Soci senza alcun fine di speculazione e di lucro, e nel rispetto dei principi della mutualità, assistenze economiche e sanitarie, ad integrazione delle prestazioni previste dalla vigente legislazione in materia sanitaria nei limiti e con le modalità determinate da apposito Regolamento, e principalmente: di svolgere attività di assistenza sanitaria, parasanitaria ed economica; sia in forma diretta che indiretta, anche stipulando convenzioni con presidi e strutture sanitarie, sia pubbliche che private, nonché gestendo presidi e strutture sanitarie ed assistenziali.

TIPOLOGIE DI SOCI E CESSAZIONE DELLA QUALITÀ DI SOCIO

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

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

BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA SANITARIA

L'assistenza è prestata a favore dei Soci di Mutua Ulisse. La copertura può essere estesa ai coniugi o conviventi *more uxorio* e ai figli, questi ultimi solo se fiscalmente a carico, risultanti da stato di famiglia o da autocertificazione ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, della condizione di famiglia legittima o di fatto, sempreché abbiano sottoscritto l'apposito modulo di adesione e sia stato versato il relativo contributo. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

PRESTAZIONI DELLA MUTUA

La Mutua eroga le prestazioni di assistenza sanitaria sulla base di specifiche convenzioni stipulate con primarie Compagnie di assicurazione. Per il 2019 Mutua Ulisse ha rinnovato la convenzione con RBM Assicurazione Salute spa che mette a disposizione il Network Sanitario di Previmedical spa.

RBM Assicurazione Salute spa e Previmedical spa mettono a disposizione dei Soci di Mutua Ulisse, una Centrale Operativa per la gestione dei servizi relativi alle prestazioni, attivabile mediante il numero verde **800-991814 (aperta 24h al giorno per 365 giorni)**

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

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

GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE - REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE -

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

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

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

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

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

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine dei Nomenclatori dei Piani Sanitari (Tutela Salute Base e Tutela Salute Più), è necessario avvalersi di medico specialista o da fisioterapista diplomato.

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

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

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

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

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

Collegarsi al sito: www.mutuaulisse.it

Cliccare in alto su "Area Riservata"

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

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

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

Segnaliamo altresì che è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA®", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle seguenti attività:

- Avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- Avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- Eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § III, lett. E., "SEGUI LA TUA PRATICA®".

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

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** di Mutua Ulisse per ottenere la relativa autorizzazione.

Di seguito, indichiamo il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto.

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

A. RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta (ve previsto dal Piano Sanitario).

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

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

Per trasmettere eventuale documentazione afferente l'autorizzazione:

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

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

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

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

- **se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 10 gg. lavorativi dalla data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 5 gg. lavorativi dalla richiesta dell'Assistito;
- **se la richiesta perviene tra i 9 e i 5 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg. lavorativi precedenti la data dell'evento;
- **se la richiesta perviene tra i 5 e i 3 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 gg. lavorativo precedente la data dell'evento.

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

Esempio 1 – prestazioni ospedaliere - Qualora la richiesta di assistenza diretta ospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 10 giorni (lavorativi) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro i 5 giorni (lavorativi) successivi alla richiesta.

Esempio 2 – prestazioni ospedaliere - Qualora la richiesta pervenga 4 giorni (lavorativi) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione entro 1 giorno (lavorativo) dall'evento.

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

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

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione.

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

- prescrizione della prestazione ospedaliera da effettuare/certificato medico attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;
- diagnosi o quesito diagnostico;
- **il referto del Pronto Soccorso**, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS o E-Mail.

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

A.1.2 LA PREATTIVAZIONE

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

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

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

- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

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

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

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

A.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna (infortunio).

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

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo E-Mail allegando:

- prescrizione medica **contenente il quesito diagnostico** e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

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

Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero** e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Assistito dovrà provvedere ad inviare alla Centrale Operativa la documentazione come sopra indicato.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

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

A.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

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

DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

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

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

B.VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (ove previsti dal Piano Sanitario)

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

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

- **800.99.18.14** da telefono fisso e cellulare (numero verde gratuito);
- **0039 0422.17.44.301** per chiamate dall'estero.
- **0422.17.44.801** via fax
- assistenza.mutuaulisse@previmedical.it via mail

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

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 2 giorni (di calendario) per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie (se previste dal proprio piano sanitario), rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

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

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

- Cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- Recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- Data della prestazione;
- Lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione **con diagnosi e/o quesito diagnostico.**

La Centrale Operativa verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- L'anagrafica dell'interessato;
- Lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, ecc.).

Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assistito l'invio, a mezzo fax o e-mail, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico).

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo web sms o e-mail. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax o e-mail la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Mutua Ulisse, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici

e degli Odontoiatri come pratiche mediche “non convenzionali” (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.

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

B.1.2 LA PREATTIVAZIONE

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.mutuaulisse.it sezione Area Riservata, e cliccando su “Gestione delle prestazioni”: sulla maschera che appare è possibile avvalersi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata “Prenotazione Ricoveri, visite ed esami in convenzione”.

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

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

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

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

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

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

B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione. Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax o e-mail allegando:

- prescrizione/certificato medico contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile.

In caso di cure Dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

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

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

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

B.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

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

DOPO AVER RICEVUTO LA 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 (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento). **Mutua Ulisse provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.**

B.2 PRESTAZIONE EXTRAOSPEDALIERA PER VISITE DI CONTROLLO.

La Visita di controllo prevista al punto G) del Nomenclatore del Piano sanitario di Base, potrà essere effettuata, per ciascun mese, da un solo componente del nucleo familiare assicurato.

L'assistito dovrà contattare preventivamente la centrale operativa di Previmedical che, verificate le disponibilità garantite dai Centri Autorizzati per le specializzazioni richieste dall'Assistito, indicherà la struttura presso la quale effettuare la prestazione.

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate anche in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non sarà richiesta alcuna prescrizione medica o specialistica.

Si precisa inoltre che nel periodo di copertura non potrà essere effettuata più volte la stessa tipologia di visita per nucleo assicurato.

II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

C. DOMANDA DI RIMBORSO

C.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare *in fotocopia* la seguente documentazione giustificativa:

Documentazione medica:

- a) **Prescrizione** con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto;
In caso di infortunio fornire, in aggiunta, il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite (sulle fatture deve essere sempre applicato il bollo previsto dalla legge). Si precisa che non sono ammessi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.
- b) **Cartella clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
- c) **Relazione medica** attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;
- d) Quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

Documentazione di spesa quietanzata:

(fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature

elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite e dovrà essere completa del bollo di legge.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

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

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

C.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet www.mutuaulisse.it (sezione: Modulistica) compilandolo in ogni sua parte ed allegando **fotocopia** della documentazione giustificativa di cui sopra.

Il modulo ed i relativi allegati **devono essere trasmessi esclusivamente** al seguente indirizzo:

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

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

C.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera C.2, l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà **trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa**. A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.mutuaulisse.it (AREA RISERVATA e dopo cliccare su "Gestione delle prestazioni").

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere comunque avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente § II, lett. C.2).

III. SERVIZI ACCESSORI

D. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

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

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

E. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

E' a disposizione il servizio "**SEGUI LA TUA PRATICA**"; l'Assistito dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Assistito riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. In particolare, a seguito dell'attivazione

del servizio, l'Assistito riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

- Avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- Avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- Eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

F. ACCESSO A “GATE 179”

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.rbmsalute.it - AREA POLIZZE, l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

L'applicazione web di RBM Assicurazione Salute per l'accesso a questi dati si chiama “GATE 179”. Coloro che sono già registrati nell'AREA RISEVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per entrare nell'Area Riservata POLIZZE dal sito www.rbmsalute.it.

Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata – selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail assistenza@rbmsalute.it o contattando il numero 199 288 050 (numero a pagamento per il solo costo di tariffazione ordinaria del proprio operatore telefonico per chiamate da rete fissa e mobile).

Il servizio di Help Desk è attivo dalle 9:00 alle 12:30 e dalle 14:30 alle 17:30.

GATE 179 è attivo a decorrere dai termini previsti dalla normativa vigente in materia.

|

NOMENCLATORE “A” – PIANO TUTELA SALUTE BASE DECORRENZA 01/01/2020 – 31/12/2020

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. Fa parte integrante del Nomenclatore, l'appendice “DEFINIZIONI”, riportata in calce.

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 dell'adesione a Mutua Ulisse, per le seguenti prestazioni:

- A) Ricovero in Istituto di cura o day hospital per i Grandi Interventi Chirurgici intendendo per tali quelli elencati nell'Allegato n.1 “Elenco Interventi Chirurgici” e senza intervento chirurgico o day hospital a seguito dei Gravi Eventi Morbosi intendendo per tali quelli elencati nell'Allegato n.2 “Elenco Gravi Eventi Morbosi”;
- B) Alta specializzazione;
- C) Grave invalidità permanente da infortunio (garanzia operante per il solo titolare);
- D) Prestazioni a tariffe agevolate;
- E) Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione);
- F) Diagnosi comparativa;
- G) Visite di controllo;
- H) Fecondazione eterologa
- I) Testi genetici prenatali
- L) Assistenza post parto
- M) Controllo pediatrico
- N) Sindrome di Down
- O) Dread Disease
- P) Servizi aggiuntivi

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

- A) Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento Chirurgico (vedi Allegato n.1 Elenco Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico per 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, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

A.2) Intervento chirurgico (garanzia operante esclusivamente in caso di Grande Intervento Chirurgico)

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 e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito.

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) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico -specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

A.4) Retta di degenza

Nel caso di **ricovero a rimborso**, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 200,00** al giorno, compreso il caso di ricovero in terapia intensiva. Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie.

A.5) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di **ricovero a rimborso** la garanzia è prestata nel limite di **€ 100,00** al giorno.

A.6) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 80,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.

La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

A.7) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, 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. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

In caso di ricovero effettuato presso il SSN, con richiesta di indennità sostitutiva (come prevista al punto A.12), sono riconosciute le prestazioni post ricovero che potranno essere gestite in forma diretta (come previsto al punto A.18- lettera a)

A.8) Trasporto sanitario

La Mutua rimborsa le spese di trasporto dell'Assistito in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro, anche all'estero, e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00 per ricovero**.

A.9) Trapianti (garanzia operante esclusivamente quale Grande Intervento Chirurgico)

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Mutua riconosce le spese previste ai punti 1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso" e 2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

A.10) Intervento di mastectomia radicale

L'intervento di mastectomia radicale, ricompreso nell'Allegato n.1 "Elenco Interventi Chirurgici" è incluso in garanzia esclusivamente se effettuato in **strutture convenzionate** con Previmedical e da **medici convenzionati**.

A.11) Intervento di quadrantectomia

L'intervento di quadrantectomia è incluso in garanzia sia in strutture convenzionate con Previmedical e con medici convenzionati, sia in forma rimborsuale.

A.12) 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 **€ 120,00** per ciascun giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per persona e per anno assicurativo.

A.13) 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 **€ 1.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

A.14) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento Chirurgico (vedi Allegato n.1 Elenco Interventi Chirurgici) e per Grave Evento Morboso (vedi Allegato n.2 Elenco Gravi Eventi Morbosi)

Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero" per ricoveri indennizzabili a termini del presente Nomenclatore e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, la Mutua mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate con Previmedical, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Assistito.

La Mutua concorderà – anche per il tramite di Previmedical – il programma medico/riabilitativo con l'Assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il massimale annuo Assistito corrisponde a **€ 10.000,00** per persona.

A.15) 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 del piano sanitario.

A.16) Day-hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso (di cui all'Allegato n.1 e all'Allegato n.2)

Nel caso di day-hospital chirurgico (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), la Mutua provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso" e 2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

A.17) Diaria giornaliera per parto e aborto terapeutico

Per l'evento del parto e dell'aborto terapeutico, la Mutua provvede alla corresponsione di un'indennità di **€ 65,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **30** giorni per ogni ricovero.

Modalità di erogazione delle prestazioni ospedaliere

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- 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, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- In caso di ricovero in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con l'applicazione di uno scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 per intervento, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con Mutua Ulisse ed effettuate da **medici non convenzionati**, le spese relative alle strutture vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture convenzionate, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

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 A.12 "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.
In caso di ricovero effettuato presso il SSN, con richiesta di indennità sostitutiva, sono riconosciute le prestazioni post ricovero che potranno essere gestite in forma diretta (come alla lettera a.)
- e) Se il ricovero avviene 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) oppure b).

Massimale delle prestazioni ospedaliere

Il massimale annuo per il complesso delle garanzie della presente sezione "Prestazioni ospedaliere" corrisponde a **€ 350.000,00** per nucleo familiare.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Mutua rimborsa le spese per le seguenti prestazioni extra ospedaliere:

B.1) Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia (prestazione erogata come indicato al successivo punto B.4)
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

B.2) Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Amniocentesi
- Doppler
- Ecocolordoppler
- Ecografia
- Ecotomografia
- Endoscopie (con eventuale biopsia)
- Holter

B.3) Terapie

- Dialisi

Modalità di erogazione delle prestazioni di diagnostica e terapia

Precisazione per l'Angiografia: Nel caso venga effettuato il ricovero per la sola angiografia, saranno rimborsati esclusivamente i costi dell'accertamento, anche se effettuato in Day Hospital, e non quelli relativi e connessi al 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, con l'applicazione di una franchigia fissa di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico, 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 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico**.
- 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 **€ 5.000,00** per nucleo familiare.

B.4) Ricoveri impropri

Si precisa che per i ricoveri e/o Day Hospital, non “resi necessari da malattia o infortunio”, durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica e in riferimento al quadro clinico, possono essere effettuati anche in ambulatorio senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente, le spese relative alle prestazioni effettuate verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extraospedaliere.

C. GRAVE INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO (garanzia operante per il solo titolare)

Nel caso di invalidità permanente, conseguente a infortunio occorso in data successiva alla decorrenza della presente assicurazione, di grado superiore al 66% della totale, ottenuto valutando esclusivamente le conseguenze dirette dell'infortunio (non essendo quindi computabili eventuali aggravamenti riconducibili a condizioni fisiche o patologiche preesistenti), la Mutua liquiderà all'Assistito un indennizzo una tantum di **€ 25.000,00**.

Il computo della percentuale di invalidità permanente residua verrà effettuato in base all'applicazione delle tabelle ANIA.

D. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE A TARIFFE AGEVOLATE

La Mutua rende disponibile l'applicazione delle proprie tariffe agevolate relative agli accertamenti diagnostici non compresi nella garanzia B "Alta specializzazione".

E. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)

La Mutua provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in **strutture sanitarie convenzionate**, indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le seguenti prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- PSA
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Pap test
- ECG

Prestazioni previste ogni due anni

Ogni due anni, gli assistiti potranno scegliere di eseguire uno dei seguenti pacchetti.

1) Sia per uomo che per donna over 50 anni:

- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Eco addome completo

2) Prevenzione Oncologica

Per gli Uomini over 45 anni:

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- fPSA (Specifico antigene prostatico)
- Alfa fetoproteine

Per le donne over 30 anni:

- CA 125 e CA 15.3
- Visita ginecologica

3) Monitoraggio delle Patologie tiroidee

Visita specialistica endocrinologica, TSH, FT3, FT4, Ecografia collo (tiroide, paratiroide)

Modalità di erogazione delle prestazioni relative alla prevenzione

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato**. Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture convenzionate senza applicazione di franchigie o scoperti.

F. DIAGNOSI COMPARATIVA

La Mutua dà la possibilità all'Assistito di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto, contattando la Centrale Operativa.

La Mutua mette a disposizione dell'Assistito i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale:** Previmedical rilascerà all'Assistito un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione medica richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico:** Previmedical metterà in contatto l'Assistito con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine si provvederà a ricercare gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assistito.
3. **Trova la Miglior Cura:** Qualora l'Assistito intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da Previmedical, la Centrale Operativa provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assistito laddove necessario. Previmedical supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi, consentendo all'Assistito di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo

- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Assistito dovrà contattare la Mutua e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Mutua la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico Previmedical, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Mutua, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

G. VISITE DI CONTROLLO

La società liquida integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito) 1 (una) visita specialistica in qualsiasi specializzazione una volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana nei Centri Autorizzati del Network Previmedical indicati dalla Centrale Operativa, previa prenotazione.

La Visita di controllo potrà essere effettuata, per ciascun mese, da un solo componente del nucleo familiare assicurato.

L'assistito dovrà contattare preventivamente la centrale operativa di Previmedical che indicherà la struttura presso la quale effettuare la prestazione.

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate anche in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non sarà richiesta alcuna prescrizione medica o specialistica.

Si precisa inoltre che nel periodo di copertura non potrà essere effettuata più volte la stessa tipologia di visita per nucleo assicurato.

H. FECONDAZIONE ETEROLOGA

La Società rimborsa fino a concorrenza di **€ 250,00** per nucleo e per anno, le spese sostenute per il trattamento di fecondazione eterologa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27).

Sono escluse dal rimborso le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore qualora il trattamento sia effettuato all'Estero.

I. TEST GENETICI PRENATALI NON INVASIVI SU DNA FETALE

La Società rimborsa, entro il limite per nucleo e per anno della garanzia B "Prestazioni di Alta Specializzazione", le spese sostenute per test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (es. Harmony test, Prenatal Safe, ecc.).

Tali test sono riconosciuti esclusivamente in alternativa all'amniocentesi/villocentesisi.

Modalità di erogazione delle prestazioni per la garanzia I-Testi genetici

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato esclusivamente alle seguenti condizioni:

- Età materna maggiore di 35 anni;
- Gravidanza a rischio (indipendentemente dall'età materna). In tal caso il medico prescrittore dovrà specificare le malattie (preesistenti o insorte durante la gravidanza) che comportano un rischio per la donna o per il feto.

L. ASSISTENZA POST PARTO

La Società liquida le seguenti prestazioni finalizzate al pieno recupero a seguito di parto, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

[1.1] Supporto psicologico post parto

Entro 3 (tre) mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.

I.2) Controllo Arti Inferiori

Entro 6 (sei) mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.

I.3) Week-end benessere

Entro 1 (un) anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

M. CONTROLLO PEDIATRICO

La Società liquida le prestazioni per visite specialistiche pediatriche di controllo per minori di età compresa tra 6 mesi e 6 anni effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione e alle seguenti condizioni:

- 1 (una) visita tra 6 mesi e 12 mesi di età
- 1 (una) visita a 4 anni di età
- 1 (una) visita a 6 anni di età

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie con applicazione di una franchigia di € 36,15 per prestazione.

N. SINDROME DI DOWN

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) accertata nei primi 3 anni di vita, viene corrisposta un'indennità pari a € 1.000,00 per neonato e per anno.

L'indennità di cui al presente paragrafo è corrisposta per un periodo massimo di 3 anni.

O. DREAD DISEASE

La Società corrisponderà un indennizzo all'Assistito pari ad € 2.500,00 al verificarsi dei seguenti eventi:

- 1) **Infarto miocardico acuto:** coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni.
- 2) **Ictus cerebrale** (accidente cerebrovascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio.

La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi dell'evento, comprovata da certificazione medica e cartella clinica, sia successiva all'01/01/2019 e, per i nuovi iscritti, successiva alla data di adesione.

La presente garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assistito alla data della richiesta di indennizzo. Il diritto all'indennizzo inoltre è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assistito muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

L'indennità verrà corrisposta una sola volta per grave evento e per assistito.

P. SERVIZI AGGIUNTIVI

Inoltre, gli assistiti potranno beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa della Cassa/Mutua senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

P.1) TRASPORTO SANITARIO, TRASFERIMENTO SANITARIO E RIENTRO SANITARIO

In aggiunta a quanto previsto al punto **A.8) Trasporto Sanitario**, qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che, nell'ambito di quanto previsto nella garanzia "Prestazioni Ospedaliere", il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa, oppure in forma rimborsuale, con ambulanza e/o eliambulanza, con treno e/o aereo, in Italia e all'Estero.

In tal caso la Mutua garantisce la liquidazione dei costi del trasporto sino a un massimo di € 500,00 con le seguenti modalità:

- a) In **forma diretta** con Previmedical senza applicazione di franchigie e scoperti.
- b) In **forma rimborsuale** con l'applicazione di uno scoperto del 50% con il minimo non indennizzabile di € 150,00.

P.2) SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa della Cassa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa della Cassa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa della Cassa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa della Cassa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa della Cassa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione avviando ad 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 per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa della Cassa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa della Cassa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

P.3) SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa della Cassa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli

assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

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

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

P.4) GESTIONE APPUNTAMENTO

Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e richiedere alla Centrale Operativa della Cassa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Operativa della Cassa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assistito, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa della Cassa, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

P.5) SECOND OPINION

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

P.6) TUTORING

L'Assistito potrà disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato 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.

ESTENSIONI DEL PIANO SANITARIO

Estensione Territoriale

La copertura assistenziale vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei rimborsi 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.

Estensione di garanzia

Qualora l'Assistito (e ciascun familiare) esibisse la prova di una precedente assistenza sanitaria integrativa prestata da altra Società di Mutuo Soccorso oppure di essere stato titolare di copertura sanitaria derivante da polizza assicurativa sanitaria anche collettiva, scadute da non oltre 60 giorni rispetto alla data di primo pagamento del premio, la copertura si intenderà efficace senza soluzione di continuità assicurativa con la precedente assistenza sanitaria sin dalle ore 00.00 della data di scadenza della medesima.

L'esclusione delle patologie pregresse sarà pertanto operante se preesistente alla data di effetto del primo piano sanitario comprovato.

EsclusioniSono escluse dal piano sanitario:

1. le spese relative a ricoveri / interventi / prestazioni che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Assistito (Titolare e suoi eventuali famigliari) a Ulisse –società di mutuo soccorso.
Per gli aderenti già garantiti precedentemente da altra Mutua soccorso o direttamente da compagnia di assicurazione per copertura preesistente alla data di prima adesione a Ulisse Mutua, si intendono esclusi i ricoveri /gli interventi / le prestazioni che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di prima adesione da parte di ciascun Assistito a coperture di altra Mutua soccorso o coperture sanitarie prestate direttamente da compagnia di assicurazione e preesistente alla data di prima adesione a Mutua Ulisse, senza soluzione di continuità o precedentemente alla data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione.
Relativamente agli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo, si intendono compresi in garanzia quelli sostitutivi di protesi che siano state impiantate successivamente alla data di prima adesione dell'iscritto ai Piani sanitari di Mutua Ulisse, senza soluzione di continuità o alla data di successiva adesione in caso di interruzione.
2. Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni diagnosticati e/o conosciuti precedentemente alla data di prima adesione ad una copertura assicurativa, ancorché prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla data di adesione a Mutua Ulisse, senza alcuna soluzione di continuità o precedentemente alla data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione;
3. La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
4. Le protesi dentarie, le cure dentarie e paradentarie, ad eccezione di quelle a scopo ricostruttivo rese necessarie da infortunio;
5. Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto) fatte salve quelle relative ai neonati fino al terzo anno di età;
6. I ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito 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.
7. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. Le conseguenze di infortuni derivanti da azioni compiute dall'Assistito sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, allucinogene, psicofarmaci o per effetto di abuso di sostanze alcoliche;
9. Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
10. Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
11. Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
12. Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
13. Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
14. Gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
15. Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assistito attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
16. Partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assistito svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
17. Le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
18. Ricoveri impropri intendendosi come tali i ricoveri e/o Day Hospital, non "resi necessari da malattia o infortunio", durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica e in riferimento al quadro clinico, possono essere effettuati anche in ambulatorio senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.
Le spese relative alle prestazioni effettuate come ricoveri impropri, verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extraospedaliere.

Sono escluse dal Piano Sanitario relative alla garanzia “Grave invalidità permanente da infortunio” le invalidità dovute a:

- a) Guida e uso di mezzi di locomozione aerei;
- b) Pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) Corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- d) Svolgimento di attività sportive a carattere professionale;
- e) Corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- f) Delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) Atti di terrorismo, attentati, guerra o insurrezione;
- h) Trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- i) Movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Controversie: mediazione

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto 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 le previsioni dell'art. 14 “Foro competente” delle CGA.

ALLEGATO N.1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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 mieolopatie 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 simili
- 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 (mielocele, mielomeningocele, ecc.)
- Vagotomia per via toracica
- Simpaticectomia cervico-toracica, lombare
- Plastica per paralisi del nervo facciale
- Intervento per epilessia focale o colosso tomi
- Intervento di encefalomeningocele

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 echinococchi 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
- Intervento per fistola retto-vaginale

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

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

NOMENCLATORE “B” – PIANO TUTELA SALUTE PIU’
(Integrativo del Piano Base)
DECORRENZA 01/01/2020 – 31/12/2020

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. Fa parte integrante del Nomenclatore, l'appendice “DEFINIZIONI”, riportata in calce.

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 dell'adesione a Mutua Ulisse e per le spese sostenute dall'Assistito qui elencate:

- A) 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) Cure Oncologiche;
- C) Visite Specialistiche;
- D) Prestazioni odontoiatriche;
- E) Stati di Non Autosufficienza;
- F) Trattamenti Fisioterapici per gravi patologie.
- G) Trattamenti Fisioterapici e riabilitativi extraospedalieri a seguito di malattia, infortunio o interventi chirurgici

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, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

A.2) Intervento chirurgico (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 e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito.

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) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

A.4) Retta di degenza

Nel caso di **ricovero a rimborso**, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 200,00** al giorno, compreso il caso di ricovero in terapia intensiva. Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie.

A.5) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di **ricovero a rimborso** la garanzia è prestata nel limite di **€ 100,00** al giorno.

A.6) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, 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. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

A.7) Trasporto sanitario

La Mutua rimborsa le spese di trasporto dell'Assistito in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro, anche all'estero, e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.000,00 per ricovero.**

A.8) Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital, la Mutua provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 1 "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 2 "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.9) 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 1 "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" lett. A1) "Pre-ricovero", A2) "Intervento chirurgico, A3) "Assistenza medica, medicinali, cure", A6) "Post-ricovero" e A7) "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

A.10) 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.

A.11) Parto e aborto

Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Mutua, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1 "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" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; f) "Post-ricovero", e 2 "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 non cesareo e aborto terapeutico

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Mutua, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1 “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” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 1 “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 2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

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.12) 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.

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 € 850,00, 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 A.7 “Trasporto sanitario” vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti medesimi e quelle di cui al punto A.11 “Parto e aborto” vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto medesimo.

- 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: A.4 “Retta di degenza”; A.5 “Accompagnatore”; A.7 “Trasporto sanitario”; A.11 “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 5 “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) oppure 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.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B. CURE ONCOLOGICHE

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.

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:

- 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 25%**.
- 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.

C. 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:

- 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.
- 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.**
- 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.

D. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

D.1 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA-RICOVERO

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:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni" al punto 3, la Società liquida le spese sostenute per gli esami diagnostici conseguenti a malattia o infortunio.

Le "modalità di erogazione" della garanzia sono le medesime della garanzia D.1 ed il massimale è condiviso con quello della garanzia D1.

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

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%**.
- 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.

D.2 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

La Mutua provvede al pagamento di un sinistro costituito da una visita specialistica e da una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto 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. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- 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**;
- Visita specialistica odontoiatrica.

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'Assicurato, 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 assicurativo, la Mutua provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

D.3 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Mutua, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, liquidà 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:

- 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% % con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni fattura**.
- 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 **€ 1.000,00** per nucleo familiare.

D.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.

D.5 ESAMI DIAGNOSTICI

In deroga a quanto previsto dal successivo art. "Esclusioni" al punto 3, la Società liquidà le spese sostenute per gli esami diagnostici conseguenti a malattia o infortunio (come indicati al punto D.1).

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

E. 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 indicato al successivo articolo E.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

E.1 Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia per la **NON AUTOSUFFICIENZA**, 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.

E.2 Somma assicurata

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assistito si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo E.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 500 da corrispondersi per una durata massima di 10 mesi**.

E.3 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga 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 (La 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 un bastone, 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 (La 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 necessiti temporaneamente ma in modo costante:
 - o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - o di sorveglianza medica/infermieristica prestati in regime di ricovero.

F. 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.

G.) 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 fisioterapie e riabilitazione da malattia, infortunio e conseguenti a interventi chirurgici

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 Società alle strutture stesse, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- b) In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, nel limite del massimale previsto per la garanzia.
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.

H. IMMUNONUTRIZIONE

La garanzia prevede 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente (RBM Salute garantisce il servizio di reperimento a carico della Compagnia o presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente). La prestazione è erogata in regime di assistenza diretta. (Vedi documento dedicato)

I. RPM SERVICES – MONITORAGGIO DOMICILIARE REMOTO DEL PAZIENTE

Il programma è dedicato a pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero.

L. DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO

Sconto del 50% sui dispositivi di monitoraggio acquistati on-line dal portale RBM Salute (Vedi documento dedicato)

ESTENSIONI 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

La garanzia decorre dalle 00.00:

- dal 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

Fermo restando quanto previsto dall'art. "Termini di aspettativa", l'assistenza non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. 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;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
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.
8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
11. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
13. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Sono escluse dal Piano Sanitario relativamente alla garanzia "Grave invalidità permanente da infortunio" le invalidità dovute a:

1. guida e uso di mezzi di locomozione aerei;
2. pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
3. corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
4. svolgimento di attività sportive a carattere professionale;
5. corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
6. delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
7. atti di terrorismo, attentati, guerra o insurrezione;
8. trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
9. movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche

Controversie: mediazione

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto 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 le previsioni dell'art. 14 "Foro competente" delle CGA.

APPENDICE AI NOMENCLATORI “A” E “B”

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 dei successivi Nomenclatori, ovvero il Socio di Ulisse- società di mutuo soccorso.

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

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 Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

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 autorizzato Previmedical: centro appartenente alla Rete di strutture convenzionate aderente a specifiche iniziative promozionali di RBM assicurazione Salute. L'elenco dei Centri Autorizzati RBM Salute SPA è consultabile sul sito internet www.mutuaulisse.it (oppure su www.rbmsalute.it)

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

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

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita (malformazione).

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie).

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

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

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Indennità sostitutiva: indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

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. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

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 dayhospital 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, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, 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 e deputate alle lungodegenze (RSA).

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

La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese 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 assicurativo, la Società presta le garanzie. **Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.**

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. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.mutuaulisse.it (oppure su www.rbmsalute.it).

Nucleo familiare: il titolare, il coniuge non legalmente separate 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 assicurativa, i figli del coniuge o del convivente. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Società: RBM Salute assicurazione S.p.A.

Titolari: soggetti che aderiscono a Ulisse – società di mutuo soccorso, per se stessi o per il proprio nucleo familiare.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico a da professionista fornito di laurea in fisioterapia (o massofisioterapista diplomato anteriormente all'istituzione dei corsi di laurea in fisioterapia e cioè entro il 17 marzo 1999), effettuate esclusivamente presso Centri Medici, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine della polizza (Nomenclatore). Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.