



PIANO TUTELA SALUTE PIÙ

SINTESI DEL PIANO TUTELA PIU' -B- DECORRENZA 01/01/2022 – 31/12/2022

Il Piano Tutela Salute Più è il Piano Sanitario Principale, integrativo del Piano Tutela Salute Base per avere un'assistenza sanitaria più importante e completa.

Il Piano Salute Tutela Più si può richiedere soltanto insieme al Piano Tutela Salute Base

Contributo per i due piani sanitari a persona da 0 a 20 anni	€ 570
Contributo per i due piani sanitari a persona da 21 a 35 anni	€ 682
Contributo per i due piani sanitari a persona da 36 a 45 anni	€ 832
Contributo per i due piani sanitari a persona da 46 a 55 anni	€ 1.370
Contributo per i due piani sanitari a persona da 56 a 70 anni	€ 1.650
Contributo per i due piani sanitari a persona da 71 a 80 anni	€ 2.214
Contributo per i due piani sanitari a persona over 81 anni	€ 2.938

Estensione territoriale

Valido in tutto il mondo

I massimali di queste garanzie sono da considerarsi per persona o divisi per nucleo familiare in caso di iscrizione di più famigliari nello stesso nucleo.

La presente scheda non sostituisce in alcun modo il NOMENCLATORE B del Piano Sanitario Tutela Salute Più, ma ne sintetizza unicamente le garanzie e le modalità di erogazione.

Preghiamo dunque di consultare il Nomenclatore B per approfondire i dettagli delle garanzie offerte nel Piano Sanitario.

PRESTAZIONI PREVISTE PER IL PIANO TUTELA SALUTE PIÙ -B-

GARANZIA	MASSIMALE	MODALITA' DI EROGAZIONE
<p>PUNTO A Ricovero in Istituto di cura o day hospital per interventi diversi dai Grandi Interventi Chirurgici e diversi dai Gravi Eventi Morbosi del Piano Sanitario Tutela Salute Base</p>	<p>€ 200.000 annue a persona o per nucleo</p>	<ul style="list-style-type: none"> In forma diretta in strutture convenzionate e medico convenzionato, liquidate con franchigia fissa di € 1.000 ridotta ad € 850 in caso di day hospital e ad € 350 in caso di intervento ambulatoriale; In forma rimborsuale in strutture non convenzionate, applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 3.000,00, ridotto ad € 750 in caso di day hospital e di intervento ambulatoriale In forma mista: diretta con le strutture convenzionate e rimborsuale con medico non convenzionato Intervento con Servizio Sanitario Nazionale, si eroga o l'indennità sostitutiva da ricovero o in alternativa, la Mutua rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero rimasti comunque a carico dell'Assistito
DI QUESTA GARANZIA FANNO PARTE:		
<p>PRESTAZIONI DI PRE RICOVERO E POST RICOVERO</p> <p>ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI E CURE</p> <p>RETTA DI DEGENZA</p> <p>ACCOMPAGNATORE</p> <p>ASSISTENZA INFERMIERISTICA INDIVIDUALE</p> <p>TRASPORTO SANITARIO</p> <p>RIMPATRIO DELLA SALMA</p> <p>INDENNITÀ SOSTITUTIVA</p> <p>GARANZIA NEONATI</p> <p>DAY-HOSPITAL (NON A FINI DIAGNOSTICI)</p> <p>RICOVERO PER PARTO E ABORTO TERAPEUTICO</p>	<p>Limite di € 200 al giorno, posto solo in caso di rimborso</p> <p>Limite di € 100 al giorno, posto solo in caso di rimborso</p> <p>€ 80 al giorno per un max di 30gg</p> <p>€ 2.000 per ricovero</p> <p>€ 2.000 per anno/nucleo</p> <p>€ 65 al giorno per max 30gg</p> <p>€ 5.000 parto cesareo € 4.000 parto non cesareo e aborto</p>	<p>Prestazioni effettuate nei 100 giorni prima e dopo il ricovero (sono escluse le spese alberghiere per ricoveri riabilitativi)</p> <p>Prestazione erogabile solo in forma rimborsuale</p> <p>Se dichiarati entro 30 gg dalla nascita, saranno assistiti gratuitamente fino allo scadere dell'anno di garanzia</p> <p>Al 100% sia in forma diretta che rimborsuale</p>

Ulisse – società di mutuo soccorso

Sede legale ed operativa: Via Lusitania, 4 - 00183 Roma

Telefono: 06 42884456 Cell: 351 5323342 Fax: 06 92912008 | Email: info@mutuaulisse.it - PEC: ulissesms@legalmail.it

PRESTAZIONI PREVISTE PER IL PIANO TUTELA SALUTE PIÙ -B-

GARANZIA	MASSIMALE	MODALITA' DI EROGAZIONE
PUNTO B CURE ONCOLOGICHE VISITE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TERAPIE FARMACOLOGICHE	€8.500,00 annue a persona o per nucleo	<ul style="list-style-type: none"> • In forma diretta in strutture convenzionate, liquidate al 100%; • In forma rimborsuale in strutture non convenzionate, applicazione di uno scoperto del 25%; • Ticket: rimborsato al 100%
PUNTO C VISITE SPECIALISTICHE EXTRARICOVERO	€1.000,00 annue a persona o per nucleo	<ul style="list-style-type: none"> • In forma diretta in strutture convenzionate, liquidate con franchigia fissa di € 30; • In forma rimborsuale in strutture non convenzionate, applicazione di uno scoperto del 25% con minimo non indennizzabile di € 60; • Ticket: rimborsato al 100%
PUNTO D PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE: Esami diagnostici Interventi chirurgici extraricovero derivanti da: <ul style="list-style-type: none"> • osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso • cisti follicolari • cisti radicolari • adamantinoma • odontoma • ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare 	€ 3.000 annue a persona	<ul style="list-style-type: none"> • In forma diretta in strutture convenzionate, liquidate al 100%; • In forma rimborsuale in strutture non convenzionate, applicazione di uno scoperto del 20%; • Ticket: rimborsato al 100%
Prestazioni Odontoiatriche Particolari Ablazione del tartaro visita specialistica	€60 visita gratuita	In forma diretta nei centri convenzionati previa autorizzazione
Cure dentarie da infortunio A seguito di certificato di prontoso soccorso	€ 1.000 per nucleo	<ul style="list-style-type: none"> • In forma diretta in strutture convenzionate, liquidate al 100%; • In forma rimborsuale in strutture non convenzionate, applicazione di uno scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di € 100 su ogni fattura; • Ticket: rimborsato al 100%
Prestazioni a tariffe agevolate Cure non previste dal precedente punto	Tariffe convenzionate con le singole strutture	In forma diretta nei centri convenzionati previa autorizzazione

Ulisse – società di mutuo soccorso

Sede legale ed operativa: Via Lusitania, 4 - 00183 Roma

Telefono: 06 42884456 Cell: 351 5323342 Fax: 06 92912008 | Email: info@mutuaulisse.it - PEC: ulissesms@legalmail.it

PRESTAZIONI PREVISTE PER IL PIANO TUTELA SALUTE PIÙ -B-

GARANZIA	MASSIMALE	MODALITA' DI EROGAZIONE
<p>PUNTO E STATI DI NON AUTOSUFFICENZA TEMPORANEA Condizioni di operatività della garanzia: Per poter accedere alla garanzia gli assistiti non devono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi. • Avere limitazioni funzionali nel compiere uno o più dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi. • Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%. • 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. • Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica. • Essere di età superiore ad anni 70. • Essere di età inferiore ad anni 18 	<p>€ 500 al mese per un max di 10 mesi</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - soddisfare la propria igiene personale; - nutrirsi; - spostarsi - o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio; - o di sorveglianza medica/infermieristica prestatati in regime di ricovero.
<p>PUNTO F TRATTAMENTI FISIOTERAPICI PER GRAVI PATOLOGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti, • Forme neurologiche degenerative e neuro miopatiche 	<p>€ 2.000 per nucleo</p>	<p>In forma diretta nei centri convenzionati previa autorizzazione</p>
<p>PUNTO G TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI A SEGUITO DI MALATTIA, INFORTUNIO E INTERVENTI CHIRURGICI</p>	<p>€ 500,00 Per nucleo/anno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In forma diretta in strutture convenzionate, liquidate al 100%; • In forma rimborsuale in strutture non convenzionate, liquidate al 100% ma attivabile solo in caso in cui l'Assistito fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. • Ticket: rimborsato al 100%
<p>PUNTO H IMMUNONUTRIZIONE 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente</p>	<p>GRATUITO</p>	<p>In forma diretta nei centri convenzionati previa autorizzazione</p>

PRESTAZIONI PREVISTE PER IL PIANO TUTELA SALUTE PIÙ -B-

GARANZIA	MASSIMALE	MODALITA' DI EROGAZIONE
PUNTO I MONITORAGGIO DOMICILIARE REMOTO DEL PAZIENTE	GRATUITO	Il programma è dedicato a pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero
PUNTO L DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO		Sconto del 50% sui dispositivi di monitoraggio acquistati on-line dal portale Intesa Sanpaolo RBM Salute

Termini di aspettativa

La garanzia decorre dalle 00.00:

1. 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;
2. 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;
3. 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.

Esclusioni

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

4. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto ancorchè prestato da altro Ente/Assicurazione senza soluzione di continuità. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
5. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
6. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
7. 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);
8. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
9. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
10. 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.
11. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
12. 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;
13. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
14. 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;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
16. 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