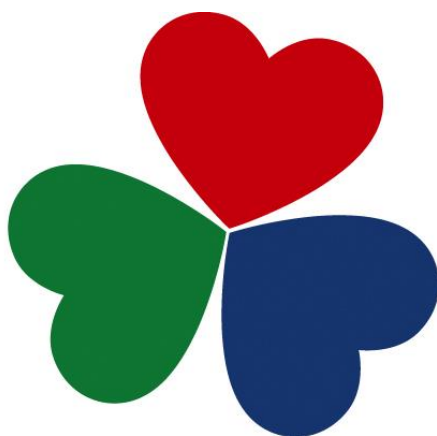




**SUSSIDIO SANITARIO  
ABBONATI ALLA SALUTE  
(2019)**



<b>CONDIZIONI GENERALI DEL SUSSIDIO</b>
---

**1. Decorrenza della copertura – Pagamento del contributo**

La copertura decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione, se questa avviene entro il giorno 15 del mese solare oppure dalle ore 00:00 del primo giorno del secondo mese successivo al mese di adesione, se questa avviene dal giorno 16 del mese solare, salvo buon fine (SBF) dell'incasso del contributo o della prima rata del contributo.

**2. Tacito rinnovo**

In mancanza di disdetta al sussidio, che deve essere comunicata entro il 31 Ottobre di ogni annualità a Bimutua, tramite posta PEC e/o raccomandata con ricevuta di ritorno, la copertura è prorogata per un anno e così successivamente.

**3. Estensione Territoriale**

La copertura 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.

## DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI

### 1. Oggetto della copertura

Bimutua provvede, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle singole opzioni (vedi Allegato n.2), al rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assistito durante l'operatività della presente copertura e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio.

<b>MODULO ROSSO</b>
---------------------

### 2. Prestazioni

#### A. Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura (intendendo per tali quelli compresi nell'Allegato n.1)

##### **In caso di ricovero per grande intervento chirurgico (compreso nell'Allegato n.1):**

La Società rimborsa:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- le spese sostenute per l'utilizzo di robot (con il limite di € 5.000,00 per intervento);
- rette di degenza (con il limite di € 300,00 giornalieri per i ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la Società);
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.
- in caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato: sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi.

La Società rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:

- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite assistenziale giornaliero di € 50,00 e con un massimo di 30 giorni per evento;
- compensi a squadre di soccorso per trasporto all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario, con il limite di € 520,00 anno/nucleo per il trasporto in Italia, e di € 1.035,00 anno/nucleo per il trasporto avvenuto all'estero;
- trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore con il limite assistenziale di € 1.035,00 per evento.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde - su domanda dell'Assistito - l'importo richiesto a tale titolo entro il 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

### **Scoperto**

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lettera A verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto pari al 20% con il minimo di € 650,00 per ricovero.

Qualora le prestazioni di cui alla lettera A siano state effettuate in totale regime di convenzione diretta (sia struttura sanitaria che équipe medica), non verrà applicato alcuno scoperto e non verrà applicata la limitazione per le rette di degenza.

Si precisa che lo scoperto per le spese pre e post di un ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale.

### **Servizio Sanitario Nazionale**

Se tutte le spese di cui alla precedente lettera A (relative al solo ricovero) sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) pari a € 100,00 giornalieri con un massimo di 90 giorni per anno/nucleo, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso, salvo i casi in cui il paziente sia stato già assegnato al reparto di competenza e debba attendere in pronto soccorso la disponibilità del posto letto.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del Servizio Sanitario Nazionale e nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'assistito infermo, la Società rimborserà il maggiore importo risultante tra il conteggio della diaria giornaliera ed il rimborso delle altre spese sostenute come dalle prestazioni alla precedente lettera A.

## **B. Prestazioni diagnostiche particolari**

### **Prevenzione della sindrome metabolica**

Per attivare la garanzia l'Assistito dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area iscritti" della Società accessibile tramite username e password sul sito [www.bimutua.it](http://www.bimutua.it)

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b) nel caso in cui l'Assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc e si inviterà l'Assistito a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in regime di assistenza diretta da effettuarsi una volta all'anno e nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

### **Cosa occorre fare prima di compilare il questionario**

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati una volta sola.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

## **MODULO VERDE**

### **3. Prestazioni**

#### **A. Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura**

La Società rimborsa:

#### **1) In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura:**

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza (con il limite di € 250,00 giornalieri e di € 500,00 in caso di terapia intensiva **per i ricoveri con intervento chirurgico effettuati non in convenzione diretta con la Società**);
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal ricovero o intervento chirurgico;
- in caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato: sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi;
- in caso di parto cesareo o aborto terapeutico entro il limite assistenziale di € 5.000,00 per anno/nucleo

#### **2) In caso di parto non cesareo con il limite assistenziale di € 2.200,00 per anno/nucleo:**

- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero.

La Società rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:

- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite assistenziale giornaliero di € 55,00 e con un massimo di 30 giorni per evento;
- compensi a squadre di soccorso per trasporto all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario, con il limite assistenziale di € 520,00 anno/nucleo per il trasporto in Italia, e di € 1.035,00 anno/nucleo per il trasporto avvenuto all'estero;
- trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore con il limite assistenziale di € 1.035,00 per evento.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde - su domanda dell'Assistito - l'importo richiesto a tale titolo entro il 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

### **Scoperto**

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lettera A punti 1) e 2) verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto pari al 20% con il minimo di € 1.000,00 per ricovero.

Qualora le prestazioni di cui alla lettera A punti 1) e 2) siano state effettuate in totale regime di convenzione diretta (sia struttura sanitaria che èquipe medica), non verrà applicato alcuno scoperto e non verrà applicata la limitazione per le rette di degenza.

Si precisa che lo scoperto per le spese pre e post di un ricovero seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero.

### **Servizio Sanitario Nazionale**

Se tutte le spese di cui alla precedente lettera A (relative al solo ricovero) sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) pari a € 150,00 giornalieri con un massimo di 200 giorni per anno/nucleo, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso, salvo i casi in cui il paziente sia stato già assegnato al reparto di competenza e debba attendere in pronto soccorso la disponibilità del posto letto.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del Servizio Sanitario Nazionale e nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'assistito infermo, la Società rimborserà il maggiore importo risultante tra il conteggio della diaria giornaliera ed il rimborso delle altre spese sostenute come dalle prestazioni alla precedente lettera A.

### **B. Day hospital per cure oncologiche**

La Società rimborsa, con il limite assistenziale di € 5.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- visite specialistiche;
- terapie irradianti
- chemioterapia.

Il rimborso delle spese verrà effettuato senza applicazione di nessuna franchigia o scoperto.

### **C. Visite specialistiche**

La Società rimborsa, con il limite assistenziale di € 250,00 anno/nucleo, le spese sostenute per visite specialistiche.

La presente garanzia è prestata nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale in convenzione diretta con la Società o con il Servizio Sanitario Nazionale.

Qualora le prestazioni siano state effettuate in totale regime di convenzione diretta, verrà applicata una franchigia di € 50,00 per prestazione

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle spese verrà effettuato previa deduzione di una franchigia di € 10,00 per ticket.

### **D. Cure dentarie**

La Società rimborsa una visita ed una ablazione del tartaro per ciascun componente del nucleo familiare.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale in convenzione diretta con la Società

Il rimborso delle spese verrà effettuato senza applicazione di nessuna franchigia o scoperto.

## **E. Prestazioni diagnostiche particolari**

### **1. Prevenzione oncologica**

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, 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. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

#### **Prestazioni previste per gli uomini di età pari o superiore ai 45 anni (1 volta ogni 2 anni)**

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

#### **Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni (1 volta ogni 2 anni)**

- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

## **Prevenzione della sindrome metabolica**

Per attivare la garanzia l'Assistito dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area iscritti" della Società accessibile tramite username e password sul sito [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it)

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b) nel caso in cui l'Assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc e si inviterà l'Assistito a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in regime di assistenza diretta da effettuarsi una volta all'anno e nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

## **Cosa occorre fare prima di compilare il questionario**

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati una volta sola.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

## MODULO BLU

### 4. Prestazioni

#### A. Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura

La Società rimborsa:

#### 1) In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura, in ambulatorio od in regime di Day Hospital:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza (con il limite di € 250,00 giornalieri e di € 500,00 in caso di terapia intensiva **per i ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la Società**);
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal ricovero o intervento chirurgico.
- in caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato: sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi.
- in caso di parto cesareo o aborto terapeutico entro il limite assistenziale di € 5.000,00 per anno/nucleo.

#### 2) In caso di parto non cesareo con il limite assistenziale di € 4.000,00 per anno/nucleo:

- rette di degenza (con il limite di € 250,00 giornalieri **per i ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la Società**);
- accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero.

#### 3) In caso di interventi chirurgici finalizzati alla correzione dei vizi di rifrazione (quali ad esempio miopia, presbiopia, ipermetropia, astigmatismo, effettuati con le metodiche laser ed altro fino ad ora utilizzate per la correzione di tali vizi) fino ad un massimo di € 1.000,00 per anno/nucleo ed esclusivamente:

- a) in caso di anisometropia superiore a tre diottrie (presente prima della correzione laser di uno degli occhi);
- b) in caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio.

La Società rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:

- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite assistenziale giornaliero di € 55,00 e con un massimo di 30 giorni;
- compensi a squadre di soccorso per trasporto all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario, con il limite assistenziale di € 520,00 anno/nucleo per il trasporto in Italia, e di € 1.035,00 anno/nucleo per il trasporto avvenuto all'estero;
- trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore con il limite assistenziale di € 1.035,00 per evento.



Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde - su domanda dell'Assistito - l'importo richiesto a tale titolo entro il 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

### **Scoperto**

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lettera A punti 1), 2) e 3) verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto pari al 20% con il minimo di € 1.000,00 per ricovero.

Qualora le prestazioni di cui alla lettera A punti 1), 2) e 3) siano state effettuate in totale regime di convenzione diretta (sia struttura sanitaria che èquipe medica), non verrà applicato alcuno scoperto e non verrà applicata la limitazione per le rette di degenza.

Si precisa che lo scoperto per le spese pre e post di un ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale.

### **Servizio Sanitario Nazionale**

Se tutte le spese di cui alla precedente lettera A (relative al solo ricovero) sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) pari a € 150,00 giornalieri con un massimo di 200 giorni per anno/nucleo, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso, salvo i casi in cui il paziente sia stato già assegnato al reparto di competenza e debba attendere in pronto soccorso la disponibilità del posto letto.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del Servizio Sanitario Nazionale e nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'assistito infermo, la Società rimborserà il maggiore importo risultante tra il conteggio della diaria giornaliera ed il rimborso delle altre spese sostenute come dalle prestazioni alla precedente lettera A.

### **B. Cure oncologiche (anche in regime extraricovero)**

La Società rimborsa, con il limite assistenziale di € 5.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- visite specialistiche;
- terapie irradianti
- chemioterapia.

Il rimborso delle spese verrà effettuato senza applicazione di nessuna franchigia o scoperto.

### **C. Alta diagnostica**

La Società rimborsa, con il limite assistenziale di € 5.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute per:

#### **1. Alta Diagnostica**

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- Risonanza magnetica nucleare;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);
- Medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.);
- Coronarografia;
- Ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.);
- Elettrocardiogramma sotto sforzo;
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale);

- Esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Retto-Colonscopia, Broncoscopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) anche se comprendenti biopsia;
- Esami Istologici;
- Amniocentesi e Villocentesi (in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età).

#### **Diagnostica strumentale standard**

- Diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.);
- Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli);
- Elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa;
- Elettroencefalografia;
- Elettromiografia;
- Uroflussometria;
- M.O.C. (densitometria ossea).

Il rimborso delle spese di cui ai precedenti punti 1) e 2) verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto pari al 20% con il minimo di € 55,00 per prestazione.  
Qualora le prestazioni di cui ai precedenti punti 1) e 2) siano state effettuate in totale regime di convenzione diretta, verrà applicata una franchigia di € 35,00 per prestazione.

#### **D. Visite specialistiche**

La Società rimborsa, con il limite assistenziale di € 250,00 anno/nucleo, le spese sostenute per visite specialistiche.

Il rimborso delle spese verrà effettuato entro il limite di € 50,00 per prestazione. Qualora le prestazioni siano state effettuate in totale regime di convenzione diretta, verrà applicata una franchigia di € 50,00 per prestazione.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle spese verrà effettuato previa deduzione di una franchigia di € 10,00 per ticket.

#### **E. Cure dentarie**

La Società rimborsa una visita ed una ablazione del tartaro per ciascun componente del nucleo familiare.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale in convenzione diretta con la Società

Il rimborso delle spese verrà effettuato senza applicazione di nessuna franchigia o scoperto.

#### **F. Prestazioni diagnostiche particolari**

##### **1. Prevenzione cardiovascolare**

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate una volta all'anno e 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.

#### **Prestazioni previste per uomini e donne**

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT )
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT )

- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assistito di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>).

### **Cosa occorre fare prima di compilare il questionario**

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

## **2. Prevenzione oncologica**

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, 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.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

### **Prestazioni previste per gli uomini di età pari o superiore ai 45 anni (1 volta ogni 2 anni)**

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

### **Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni (1 volta ogni 2 anni)**

- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

## **3. Prevenzione della sindrome metabolica**

Per attivare la garanzia l'Assistito dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area iscritti" della Società accessibile tramite username e password sul sito [www.bimutua.it](http://www.bimutua.it)

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;

b) nel caso in cui l'Assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;

c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc e si inviterà l'Assistito a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in regime di assistenza diretta da

effettuarsi una volta all'anno e nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

### **Cosa occorre fare prima di compilare il questionario**

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati una volta sola.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

### **5. Neonati**

La copertura si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati purché sia già corrisposto un contributo per nucleo familiare.

La comunicazione a Bimutua deve essere effettuata entro 30 giorni dalla nascita purché sia successiva al Termine di aspettativa della mamma. Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita e a decorrere dal termine dell'eventuale residuo Termine di aspettativa della mamma ed entro il limite massimo di € 30.000.

## **DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI**

### **6. Termini di aspettativa**

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, le Prestazioni Diagnostiche Particolari, le Visite Specialistiche, la prevenzione della sindrome metabolica e per le Cure dentarie dal momento in cui ha effetto la copertura;
- per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia e per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia, dal **90°** giorno successivo al momento in cui ha effetto la copertura;
- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal **300° giorno successivo** al momento in cui ha effetto la copertura;
- per l'aborto terapeutico o spontaneo post-traumatico, la garanzia è operante – dal momento in cui, ha effetto la copertura – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto della copertura.

### **7. Patologie pregresse**

Sono escluse dalla copertura le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza. Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

- per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), **rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**

## 8. Esclusioni

La copertura non comprende le spese per:

1. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
2. gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
3. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: partecipazione a corse/gare comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura), sport aerei, salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, mountain bike e "downhill";
4. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
6. le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
7. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
8. ricoveri in lungodegenza;
9. le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
10. interruzione volontaria della gravidanza;
11. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio) e fitoterapiche;
12. le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale), salvo quanto previsto alla garanzia "Cure dentarie" se inclusa nel Sussidio;
13. l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia entro il primo anno di età secondo quanto previsto all'art. "Neonati";
14. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi della Convenzione;
15. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
16. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
17. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto previsto per il MODULO BLU;
18. gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
19. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il Ricovero";
20. cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
21. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
22. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;

23. Ricoveri impropri;
24. le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
25. l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
26. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni, gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
27. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
28. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
29. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
30. le conseguenze dirette di Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della garanzia, ad eccezione di quanto previsto all'art. "Patologie pregresse" nel caso di rinnovo dei contratti per più di cinque anni;
31. gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza nonché le relative conseguenze e complicanze.

#### **9. Limiti di età – Persone non assicurabili**

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 65 anni. Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento del 65° anno di età la copertura potrà essere rinnovata fino al termine dell'annualità in cui l'assistito raggiunge l'80° anno di età. In caso di disdetta della copertura dopo il 65° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità della copertura, la copertura cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile. È prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

#### **10. Restituzione delle somme indebitamente pagate**

In caso di Ricovero in Istituto di cura in regime di Pagamento in forma diretta qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della copertura o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia della copertura, Bimutua ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di cura, se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

#### **11. Card elettronica (RBM Assicurazione Salute – Previmedical)**

È messo a disposizione degli Assistiti il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal sussidio e/o di massimali esauriti.

Nel sito web [www.bimutua.it](http://www.bimutua.it) sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP Mobile RBM Salute.

La Card elettronica dà altresì diritto all'Assistito, di 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 (SECOND OPINION).

Per fruire del servizio di **Second Opinion** l'Assistito dovrà preventivamente fornire alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso.

## **Allegato n.1: Grandi Interventi Chirurgici**

### *Cardiochirurgia*

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

### *Chirurgia Vascolare*

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca.

### *Neurochirurgia*

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

### *Chirurgia Toracica*

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

### *Chirurgia Generale*

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

#### *Chirurgia Pediatrica*

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

#### *Chirurgia Ginecologica*

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

#### *Chirurgia Ortopedica*

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

#### *Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale*

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

#### *Chirurgia Urologica*

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

#### *Trapianti d'organo*

- Tutti.



### Allegato n°2: Scheda Riassuntiva

	<b>MODULO Rosso</b>	<b>MODULO Verde</b>	<b>MODULO Blu</b>
<b>Massimale</b>	€ 150.000, solo GIC	€ 150.000 (€ 300.000 per GIC)	€ 150.000 (€ 300.000 per GIC)
<b>Ricovero con intervento chirurgico in struttura convenzionata</b>	100%	100%	100%
<b>Ricovero senza intervento chirurgico in struttura convenzionata</b>	non previsto	100%	100%
<b>Ricovero con intervento chirurgico in struttura non convenzionata</b>	scoperto 20% minimo € 650 limite retta di degenza € 300 giornalieri	scoperto 20% minimo € 1.000 limite retta di degenza € 250 giornalieri o € 500 in caso di terapia intensiva	scoperto 20% minimo € 1.000 limite retta di degenza € 250 giornalieri o € 500 in caso di terapia intensiva
<b>Ricovero senza intervento chirurgico in struttura non convenzionata</b>	non previsto	scoperto 20% minimo € 1.000 limite retta di degenza € 250 giornalieri o € 500 in caso di terapia intensiva	scoperto 20% minimo € 1.000 limite retta di degenza € 250 giornalieri o € 500 in caso di terapia intensiva
<b>Utilizzo robot</b>	limite € 5.000,00	nessun limite	nessun limite
<b>Spese Accompagnatore</b>	€ 50/giorno massimo 30 giorni	€ 55/giorno massimo 30 giorni	€ 55/giorno massimo 30 giorni
<b>Spese Trasporto Ammalato</b>	€ 520 anno/nucleo per il trasporto in Italia € 1.035 anno/nucleo per il trasporto all'estero € 1.035 anno/nucleo per il trasporto in caso di ricovero all'estero	€ 520 anno/nucleo per il trasporto in Italia € 1.035 anno/nucleo per il trasporto all'estero € 1.035 anno/nucleo per il trasporto in caso di ricovero all'estero	€ 520 anno/nucleo per il trasporto in Italia € 1.035 anno/nucleo per il trasporto all'estero € 1.035 anno/nucleo per il trasporto in caso di ricovero all'estero
<b>Rimpatrio salma</b>	non previsto	non previsto	non previsto
<b>Indennità Sostitutiva</b>	€ 100/ giorno - massimo 90 giorni	€ 150/ giorno - massimo 200 giorni	€ 150/ giorno - massimo 200 giorni
<b>Rimborso spese precedenti e successive al ricovero</b>	100 giorni	100 giorni	100 giorni
<b>Alta diagnostica extra ospedaliera</b>	non previsto	non previsto	massimale € 5.000 assistenza diretta franchigia € 35 per prestazione assistenza indiretta scoperto 20% minimo € 55 per prestazione
<b>Day Hospital, Day Surgery, Intervento Ambulatoriale</b>	non previsto	Compresi nel massimale di polizza	Compresi nel massimale di polizza
<b>Cure Oncologiche</b>	non previsto	Cure Oncologiche in Day Hospital: massimale € 5,000 comprensivo di terapie irradianti, visite specialistiche, chemioterapia, assistenza infermieristica domiciliare	Cure Oncologiche (anche in regime extra-ricovero): massimale € 5,000 comprensivo di terapie irradianti, visite specialistiche, chemioterapia, assistenza infermieristica domiciliare
<b>Parto Naturale</b>	non previsto	massimale € 2.200	massimale € 4.000
<b>Parto Cesareo</b>	non previsto	massimale € 5.000	massimale € 5.000
<b>Assistenza infermieristica domiciliare post ricovero</b>	non previsto	non previsto	non previsto

<b>Visite Specialistiche</b>	non previsto	massimale € 250 Network - franchigia € 50 per prestazione ticket - franchigia € 10 per prestazione	massimale € 250 Network - franchigia € 50 per prestazione fuori Network – massimo € 50 per prestazione ticket - franchigia € 10 per prestazione
<b>Cure dentarie</b>	non previsto	Visita ed ablazione del tartaro una volta l'anno per ciascun componente il Nucleo familiare	Visita ed ablazione del tartaro una volta l'anno per ciascun componente il Nucleo familiare
<b>Spese Oculistiche</b>	non previsto	non previsto	chirurgia refrattiva massimale € 1.000
<b>Neonati Correzione Malformazioni congenite</b>	massimale € 30.000	massimale € 30.000	massimale € 30.000
<b>Prestazioni Diagnostiche Particolari</b>			
<b>Prevenzione Cardiovascolare:</b>	non previsto	non previsto	solo In Network
<b>uomo</b>			
<b>donna</b>			
<b>Prevenzione Oncologica:</b>	non previsto	solo In Network	solo In Network
<b>uomo</b>		> di 45 anni 1 volta ogni 2 anni	> di 45 anni 1 volta ogni 2 anni
<b>donna</b>		> di 35 anni 1 volta ogni 2 anni	> di 35 anni 1 volta ogni 2 anni
<b>Prevenzione Sindrome Metabolica</b>	colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi 1 volta l'anno	colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi 1 volta l'anno	colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi 1 volta l'anno
<b>Card Elettronica</b>	servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti. Servizio di Second Opinion	servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti. Servizio di Second Opinion	servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti. Servizio di Second Opinion