



SUSSIDIO PROTEZIONE VIP
LINEA PERSONA
(2018/2019)

Edizione 09.2018

CONDIZIONI GENERALI DEL SUSSIDIO

1. Decorrenza della copertura – Pagamento del contributo

La copertura decorre dalle ore 00.00 del giorno 01/10/2018 e ha scadenza alla ore 00.00 del giorno 01/10/2019.

2. Tacito rinnovo

In mancanza di disdetta al sussidio, che deve essere comunicata entro il 30 Luglio 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 EROGATE

Oggetto della Copertura Sanitaria

La Mutua provvede, fino a concorrenza dei massimali e/o somme garantite e nei limiti indicati dal proprio sussidio di riferimento, al pagamento delle seguenti spese sostenute dall'Assistito e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio avvenuto durante l'operatività della copertura sanitaria.

Si precisa che le prestazioni elencate ai punti successivi si intendono previste se espressamente richiamate nelle Schede riassuntive (opzioni) nell'allegato n° 2.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) OSPEDALIERE

A.1) Ricovero per Grande intervento chirurgico effettuato in Istituto di Cura, ricovero con e senza intervento chirurgico, effettuato in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale

Prima del ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro il numero di giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico;

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;

- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotetici o terapeutici applicati durante l'intervento - necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;
- Le spese sostenute per l'utilizzo di Robot verranno riconosciute entro il relativo sub-massimale;
- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi;

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro il numero di giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Si precisa che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi dovranno essere prescritti da medico ed eseguiti da medico o professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia e fatturate da Medico o Centro Medico.

A parziale deroga di quanto sopra, le prestazioni riabilitative potranno essere effettuate e fatturate anche dai professionisti stessi, ma solo in regime di convenzionamento diretto. In caso di professionisti non convenzionati il rimborso avverrà alle condizioni previste dall'opzione prescelta e comunque non oltre le tariffe previste dal Tariffario PMED ed 2010.

Ricoveri per trattamenti fisioterapici (ove previsti)

Trapianti

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.

Chirurgia Refrattiva (garanzia valida se indicato il relativo sub-massimale)

Sono riconosciute le spese limitatamente agli interventi effettuati:

- 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.

A.2) Degenza in regime di Day Hospital

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto A.1 "prima del ricovero", durante il ricovero" e "dopo il ricovero".

A.3) Parto Naturale, Parto Cesareo ed Aborto

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto A.1 “prima del ricovero”, “durante il ricovero” e “dopo il ricovero”, entro i relativi sub-massimali indicati in Convenzione.

Si intendono incluse in tale limite le spese per prestazioni eseguite sul neonato dal Neonatologo.

A.4) Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).

A.5) Trasporto sanitario

Il trasporto dell'Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero.

A.6) Indennità sostitutiva

Qualora l'Assistito non richieda alcun rimborso per spese sostenute durante il ricovero, né per altra prestazione ad esso connessa, la Mutua corrisponde un'indennità, indicata in Convenzione per ciascun giorno di ricovero, 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.

In caso di Day Hospital/pernottamento in pronto soccorso la diaria suddetta è esclusa.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

Per i ricoveri e/o Day hospital durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio (c.d. “ricoveri impropri”), le relative spese verranno rimborsate nell'ambito delle garanzie “Prestazioni Diagnostiche” e/o “Cure Domiciliari/Ambulatoriali”.

Relativamente alle garanzie sopra descritte, si precisa inoltre quanto segue:

- Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.
- Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - a) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in Convenzione, ove previsti;
 - b) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito SSN, i ticket sono rimborsati al 100%.

B) ALTA SPECIALIZZAZIONE

B.1) Alta Diagnostica radiologica ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Fistolografia
- 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
- Telecuore
- Urografia

- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia
- Radioterapia

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%.

C) Cure domiciliari e ambulatoriali (garanzia valida se indicato il relativo massimale)

C.1) Visite specialistiche

Sono rimborsabili le visite specialistiche escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche.
Le visite specialistiche pediatriche sono rimborsabili esclusivamente in rete in forma diretta, salvo i casi di visite ad integrazione delle prestazioni del Fondo o non riconosciute dal Fondo stesso, limitatamente alle opzioni in forma integrativa.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%.

C.2) Accertamenti diagnostici

Sono rimborsabili gli accertamenti diagnostici, escluso quanto previsto al precedente punto B.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%.

C.3) Trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di infortunio

Sono riconosciute le spese per trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché prescritte da medico ed eseguite da medico o professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia e fatturate da Medico o Centro Medico.

A parziale deroga di quanto sopra, le prestazioni riabilitative potranno essere effettuate e fatturate anche dai professionisti stessi, ma solo in regime di convenzionamento diretto. In caso di professionisti non convenzionati il rimborso avverrà alle condizioni previste dall'opzione prescelta e comunque non oltre le tariffe previste dal Tariffario PMED ed. 2010.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%.

C.4) Protesi ortopediche e apparecchi acustici

Sono rimborsabili le spese per acquisto protesi ortopediche e apparecchi acustici.

C.5) Cure oncologiche

Sono rimborsabili le spese relative a chemioterapia e terapie radianti. Si intendono inclusi in garanzia le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

Si precisa che per le prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.) sarà necessario presentare copia del tesserino "esenzione 048".

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%.

D) Lenti (*garanzia valida se indicato il relativo massimale*)

Sono rimborsabili le spese sostenute per l'acquisto di lenti anche a contatto (escluse le montature e le lenti "usa e getta") a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi; andrà inoltre specificato se si tratti di prescrizione per prime lenti.

La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno.

Si precisa inoltre che è necessario presentare alla Mutua il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.

E) Prevenzione cure dentarie

Sono previste le spese sostenute per prestazioni di prevenzione effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni sono:

- Ablazione del tartaro;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Sarà autorizzabile una seconda seduta di igiene orale nello stesso anno contributivo qualora il medico ne riscontri la necessità.

F) Prevenzione uomo/donna

Sono previste le prestazioni di prevenzione di seguito elencate, effettuate una volta l'anno, in un'unica soluzione e in strutture sanitarie convenzionate:

Prestazioni previste per gli uomini

- 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
- PSA

Prestazioni previste per le donne

- 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

G) Cure Dentarie (*garanzia valida se indicato il relativo massimale*)

Sono rimborsabili le spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.

Rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

Le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%.

H) Neonati

Il Sussidio si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Mutua venga effettuata entro 30gg dalla nascita. Resta inteso che la garanzia si intende operante entro il periodo di copertura ed è inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro il limite massimo di Euro 30.000.

I) Prevenzione Sindrome Metabolica

Non è prevista la fruizione degli eventuali esami previsti dalla presente garanzia all'Estero.

L'Assistito potrà attivare la garanzia "Prevenzione della Sindrome Metabolica" compilando il questionario raggiungibile sul sito internet dedicato al Sussidio.

La Mutua provvederà ad analizzarne i contenuti e comunicherà all'Assistito l'esito delle valutazioni tramite e-mail mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password univoci.

Nel caso in cui l'Assistito non sia in uno stato di "sindrome metabolica" la Mutua si limiterà a comunicare l'esito positivo della verifica.

Nel caso in cui l'Assistito si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata" la Mutua fornirà alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.. La Mutua comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

L'Assistito potrà autorizzare la Mutua a contattarlo (via e-mail e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Mutua provvederà all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni: colesterolo HDL; colesterolo totale; glicemia; trigliceridi da effettuarsi con cadenza annuale in strutture sanitarie convenzionate con il Network "Previmedical" indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Al fine di incentivare l'Assistito ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri. Nel caso in cui l'Assistito si trovi in uno stato di sindrome metabolica "conclamata" un medico, individuato dalla Centrale Operativa, comunicherà all'Assistito che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente lo specialista più idoneo al trattamento del caso.

J) Pacchetto Prevenzione Cardiovascolare (garanzia valida solo per il caponucleo, ad esclusione del nucleo familiare)

Per tutte le opzioni della presente Convenzione, sono rimborsate le spese per le seguenti prestazioni sanitarie, per il solo caponucleo ad esclusione del nucleo familiare, purché effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione, senza applicazione di scoperti e/o franchigie a carico degli assistiti.

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 una volta l'anno e in un'unica soluzione.

PRESTAZIONI PREVISTE PER UOMINI E DONNE
Elettrocardiogramma di base
Esame urine
Azotemia (Urea)
Esame emocromocitometrico completo
Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
Creatinemia
Glicemia
Velocità di eritrosedimentazione (VES)
Colesterolo totale
Colesterolo HDL
Trigliceridi
Gamma GT
PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
PT (Tempo di tromboplastina)
Dosaggio omocisteina

K) Pacchetto Prevenzione Oncologica (garanzia valida solo per il caponucleo, ad esclusione del nucleo familiare)

Per tutte le opzioni della presente Convenzione, sono rimborsate le spese per le seguenti prestazioni sanitarie, per il solo caponucleo ad esclusione del nucleo familiare, purché effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione, senza applicazione di scoperti e/o franchigie a carico degli assistiti.

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 e solamente una volta ogni due anni.

Prestazioni previste per le donne	
Con età pari o superiore a 29 anni	PAP test
	Ecografia Mammaria (fino al compimento del 45° anno di età)
Con età pari o superiore a 45 anni	PAP test
	Mammografia
	Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni

Prestazioni previste per gli uomini	
Con età pari o superiore a 45 anni	PSA
	Ecografia Prostatica
	Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

L) Delimitazioni e termini di aspettativa

a) Patologie pregresse

Per coperture sanitarie provenienti da altro Assicuratore o Cassa senza soluzione di continuità, la garanzia decorre dalle seguenti date:

1. dalle ore 00.00 del giorno di effetto dell'assistenza per gli infortuni e per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assistito ma insorti anteriormente alla stipula della Convenzione.
2. per le conseguenze di stati patologici conosciuti dall'Assistito al momento del primo piano sanitario sottoscritto con altro Assicuratore o Cassa il rimborso avverrà come segue:
 - a) primi 6 mesi dall'adesione al primo piano sanitario nessun rimborso.
 - b) Dal 6° mese fino al 12° mese rimborso del 25% delle spese sostenute.
 - c) Dal 12° mese fino al 24° mese rimborso del 50% delle spese sostenute.
 - d) Dal 24° mese in poi rimborso 100% delle spese sostenute.

Per l'inclusione di nuovi Assistiti successivi alla data del 01/10/2018, la copertura delle patologie preesistenti note è prestata alle seguenti condizioni:

- primo anno di assistenza: nessuna copertura
- secondo anno di assistenza: inclusione in copertura del 25% delle spese riconducibili alle pregresse, fermi i limiti e le condizioni previste dalla copertura;
- terzo anno di assistenza: inclusione in copertura del 50% delle spese riconducibili alle pregresse, fermi i limiti e le condizioni previste dalla copertura;
- quarto anno di assistenza: inclusione in copertura del 75% delle spese riconducibili alle pregresse, fermi i limiti e le condizioni previste dalla copertura;
- quinto anno di assistenza: inclusione in copertura del 100% delle spese riconducibili alle pregresse, fermi i limiti e le condizioni previste dalla copertura.

Qualora l'inclusione riguardi Assistiti con precedente programma con sottoscrizione di questionario sanitario, resta comunque valido il questionario sanitario già compilato e sottoscritto dagli assistiti, che forma parte integrante della Convenzione, nonché le esclusioni specifiche da esso scaturite ed applicate dal precedente assicuratore. Restano comunque escluse le patologie preesistenti - a giudizio del medico - alla data della prima sottoscrizione, salvo le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assistito, ma insorti anteriormente alla stipula della Convenzione. Per le patologie preesistenti e non escluse, valgono i termini sopra indicati.

b) Termini di aspettativa

Sono inoltre previsti i termini di aspettativa seguenti per nuovi assistiti successivi alla data del 01/10/2018 e per coloro che erano già Assistiti con altro Assicuratore o Cassa senza soluzione di continuità. Relativamente a questi ultimi, i termini di aspettativa devono valere per le sole garanzie non prestate dal precedente programma sanitario.

Le garanzie decorrono dalle ore 00.00:

- Del giorno di effetto dell'assistenza per gli infortuni.
- Del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza per le malattie.
- Del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza.
- Del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza per il parto e le malattie da puerperio.

Ai nuovi Assistiti successivi al 01/10/2018 che possano documentare di aver richiesto l'attivazione del sussidio in sostituzione di polizza assicurativa malattia di qualsiasi Compagnia Assicuratrice (e/o altro programma di altra Cassa o Mutua), le prestazioni vengono offerte dalla Mutua senza soluzione di continuità, per gli stessi Assistiti e per le medesime garanzie:

- Per le garanzie della polizza sostituita = dal giorno di effetto della precedente polizza assicurativa;
- Per le garanzie NON prestate dalla polizza sostituita = con i termini di aspettativa sopra indicati.

A coloro che erano già assistiti RBM Salute con una copertura sanitaria collettiva e che richiedono di aderire alla presente Convenzione, non si applicano le condizioni indicate alla lettera b)

“Termini di Aspettativa”, ma trova applicazione quanto descritto alla lettera a) “Patologie pregresse”, primo comma.

Si precisa che la copertura delle patologie preesistenti note decorre dalla data di adesione alla presente convenzione.

M) Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura sanitaria:

- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 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;
- 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;
- 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;
- le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese 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;
- interruzione volontaria della gravidanza;
- gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il primo anno di età e assistiti dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;
- 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 prevista in Convenzione;
- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, salvo quanto previsto al punto H) “Neonati” ;
- cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
- trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
- Ricoveri in lungodegenza;

- 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;
- la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;
- 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;
- 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" e al punto C.3 delle prestazioni extraospedaliere;
- cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- 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;
- ricoveri impropri;
- gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della Convenzione nonché le relative conseguenze e complicanze. Tale condizione non è operante in caso di Associati già assistiti con altro Assicuratore o con Casbi alla data di decorrenza della presente copertura;
- Gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- Le malattie manifestatesi precedentemente alla data di decorrenza della Convenzione nonché le relative conseguenze, limitatamente alle polizze con sottoscrizione del questionario sanitario come previsto al punto L) "Delimitazioni e termini di aspettativa";
- Gli infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assistito attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
- La partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assistito svolga tale attività a livello professionistico;
- Le conseguenze dirette o indirette di pandemie;

N) Persone per le quali non è possibile erogare le prestazioni

Il limite di età massimo previsto è di 80 anni. Non sono assicurabili persone di età superiore; per gli Assistiti che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

Non è possibile erogare le prestazioni per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV.

Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della Convenzione, l'assistenza cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile. Viene 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.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

O) Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Socio, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Mutua non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

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.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Mutua e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assistito è obbligato a comunicare alla Mutua il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenze dello stesso - l'assistito è tenuto a trasmettere alla Mutua il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Nel caso in cui durante il periodo di validità della Convenzione, sopravvenga il decesso dell'assistito titolare della copertura assistenziale, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Mutua e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- Certificato di morte dell'assistito;
- Copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- In assenza di testamento, Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assistito è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;

- Eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Mutua alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- Fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- Dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

P) Pagamento indiretto - Rimborso all'Assistito

La Mutua indennizza a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché da:

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere;
- 3) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- 4) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio;
- 5) certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti. Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno;
- 6) Le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso.
- 7) copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Le prestazioni suddette devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. 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, l'Assistito a fronte di specifica richiesta da parte della Mutua, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Mutua avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Q) Utilizzo della Card Elettronica

E' 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 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.

R) Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Mutua con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

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

Fermi i limiti previsti nelle singole schede riassuntive, l'assistito avrà comunque la possibilità di scegliere anche l'equipe medica non convenzionata con il Network Previmedical; in tal caso il rimborso delle parcelle dei medici avverrà nei limiti di quanto indicato nell'Allegato "PRESTAZIONI MISTE PER INTERVENTI CHIRURGICI E "PRESTAZIONI MISTE PER ALTRI INTERVENTI"-TARIFFARIO APPLICATO ALLE EQUIPE NON CONVENZIONATE".

I limiti del rimborso contenuti nell'allegato devono intendersi omnicomprensivi di quanto rimborsabile per singolo evento durante il periodo di ricovero, limitatamente alle spese delle equipe non convenzionate.

Il rimborso delle spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici applicati durante l'intervento verrà riconosciuto con applicazione di uno scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tele titolo.

La Mutua effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in Convenzione nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.bimutua.com.

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e mista è indicato nella "GUIDA COME OTTENERE PRESTAZIONI; RIMBORSI E ASSISTENZA".

S) **Restituzione delle somme indebitamente pagate**

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di Pagamento Diretto qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della convenzione o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assistenza, la Mutua ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire tutte le somme indebitamente versate all'istituto di cura se già saldate dalla Compagnia alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

FORMA DELLE PRESTAZIONI

T) **Assistenza prestata in forma completa**

Relativamente alle opzioni ZERO, BASE, INTERMEDIA E COMPLETA la presente assistenza si intende prestata in forma completa. In caso di sinistro saranno applicati gli scoperti e le franchigie riportati nelle Schede Riassuntive (Opzioni) e riferiti a ciascuna delle garanzie prestate.

U) **Assistenza prestata in forma Integrativa**

Limitatamente all'opzione INTEGRATIVA, la presente assistenza si intende prestata in forma integrativa delle prestazioni fornite da Fondi Assistenziali di categoria (FASI/FASDAC/FAIT-QUAS e altri fondi autorizzati dalla Mutua) ai quali l'Assistito è obbligatoriamente iscritto, ossia a secondo rischio e ad integrazione dei plafond previsti dai tariffari dei fondi succitati, senza applicazione di scoperti e franchigie.

E' previsto l'obbligo per il Dirigente o per il Quadro di presentare le proprie spese al Fondo di appartenenza; successivamente dovrà inviare la copia di tutta la documentazione presentata, insieme al documento di rimborso del Fondo, per ottenere dalla Mutua il rimborso della parte rimasta a suo carico, purché rimborsabile a termini di polizza.

Nel caso in cui gli Enti rifiutino di erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado queste rientrino fra quelle previste dai propri regolamenti ed indennizzabili a termini del presente regolamento, la Mutua darà comunque corso al rimborso delle sole spese eccedenti i regolamenti stessi, restando a carico dell'Assistito gli importi previsti dai relativi tariffari.

Ai fini del rimborso/liquidazione, verranno considerati i tariffari dell'Ente di "primo rischio" relativi alla annualità precedente la decorrenza del presente Fascicolo Informativo.

Con riferimento ad eventuali imposte gravanti sulle prestazioni sanitarie, si segnala che verranno erogati i relativi importi esclusivamente in proporzione alla quota di prestazione sanitaria rimborsata/liquidata in virtù della presente copertura.

Le eventuali garanzie non previste dai tariffari FASI, FASDAC, FAIT, QUAS o altri Fondi Autorizzati, ma incluse nella presente Convenzione, saranno fornite a primo rischio nell'ambito dei massimali e dei limiti previsti dal contratto con una detrazione del 25% dell'importo indennizzabile.

Tale modalità di liquidazione sarà operativa anche per le spese sostenute da familiari assistiti dalla presente Convenzione ma non assistiti dal Fondo.

SEZIONE II

SERVIZI AGGIUNTIVI

V) Garanzie aggiuntive

Inoltre la presente Convenzione offre le seguenti garanzie:

1) 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 nelle garanzie ricoveri, il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa.

La scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

W) Servizi aggiuntivi

Inoltre gli Assistiti con la presente convenzione potranno beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa della Mutua senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

1. 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 Mutua **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 Mutua 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 Mutua 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 Mutua 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 Mutua 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 Mutua 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 Mutua 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.

2. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita 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 Mutua 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.

3. GESTIONE APPUNTAMENTO

Qualora l'Assistito necessita 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 Mutua 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 Mutua 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 Mutua, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

4. INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito necessita di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Mutua, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

5. TRASFERIMENTO SANITARIO E RIENTRO SANITARIO

a) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

b) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assistito in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assistito e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assistito e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assistito al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore.

La scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il rimpatrio avvenga in Europa o extra Europa.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assistito.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

c) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assistito si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assistito in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto.

La scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il rimpatrio avvenga in Europa o extra Europa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assistito di proseguire il viaggio.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

6. SECOND OPINION

L'Assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa della Mutua 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.

Allegato 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.
- Tromboendoarteriectomia 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 2

SCHEDE RIASSUNTIVE

OPZIONE ZERO

PRESTAZIONI OSPEDALIERE		
A-OSPEDALIERE		
Massimale		€ 50.000
A.1 Ricovero per Grande intervento chirurgico, ricovero con/senza intervento, Intervento Ambulatoriale		
A.2 Day hospital con e senza intervento		
Condizioni:		
	Diretta	franchigia fissa € 750
	Rimborso	Scoperto 20% minimo € 1.500
	Misto	Struttura: come diretta, spese materiale con scoperto 30% Equipe: Tariffario prestazioni miste per interventi Chirurgici e Altri interventi
Limite utilizzo Robot		€3.000 per evento esteso a € 5.000 in caso di GIC
Limite Retta Degenza		
	Diretta	100%
	Rimborso	€200 al giorno
SSN/Differenza di classe		100%
Spese pre/post		60/60
Chirurgia Refrattiva		NON PREVISTO
Assistenza infermieristica individuale		€50 al di massimo 30 gg per evento
Submassimali:		
A.3 Parto Naturale e aborto		NON PREVISTO
Condizioni		
A.3 Parto Cesareo		€ 3.000
Condizioni		Come ricovero
A.4 Retta Accompagnatore		€50 al giorno massimo 40 gg per evento
A.5 Trasporto		€ 1.000 per evento
A.6 Indennità Sostitutiva		€50 al di massimo 90 gg per evento
Neonati		Fino a 1 anno entro il limite massimo assoluto di € 30.000
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE		
B-ALTA SPECIALIZZAZIONE		NON PREVISTO
C-CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI		NON PREVISTO
D-LENTI		NON PREVISTO
E-PREVENZIONE CURE DENTARIE		
Limite temporale		Una volta l'anno
Condizioni		100%
	Diretta	€ 60 per prestazione
	Limite per ablazione	NON PREVISTO
	Rimborso	
F-PREVENZIONE UOMO DONNA		NON PREVISTO
G-CURE DENTARIE		NON PREVISTO
H - PREVENZIONE SINDROME METABOLICA		
Limite temporale		Annuale
	Diretta	100%
	Rimborso	NON PREVISTO

<p>I – PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE (solo per il caponucleo) Limite temporale</p> <p style="text-align: right;">Diretta Rimborso</p>	<p style="text-align: center;">Annuale</p> <p style="text-align: center;">100% NON PREVISTO</p>
<p>J – PREVENZIONE ONCOLOGICA (solo per il caponucleo) Limite temporale</p> <p style="text-align: right;">Uomo</p> <p style="text-align: right;">Donna</p>	<p>1 volta ogni 2 anni, solo in forma diretta</p> <p>Con età pari o superiore a 45 anni PSA Ecografia Prostatica Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni</p> <p>Con età pari o superiore a 29 anni PAP test Ecografia Mammaria (fino al compimento del 45° anno di età)</p> <p>Con età pari o superiore a 45 anni Mammografia Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni</p>

N.B. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento

OPZIONE BASE

PRESTAZIONI OSPEDALIERE		
A-OSPEDALIERE		
Massimale		€ 150.000
A.1 Ricovero per Grande intervento chirurgico, ricovero con/senza intervento, Intervento Ambulatoriale		
A.2 Day hospital con e senza intervento		
Condizioni:		
	Diretta	100%
	Rimborso	Scoperto 20% minimo € 1.500
	Misto	Struttura: come diretta, spese materiale con scoperto 30%
		Equipe: Tariffario prestazioni miste per interventi Chirurgici e Altri interventi
Limite utilizzo Robot		€3.000 per evento esteso a € 5.000 in caso di GIC
Limite Retta Degenza	Diretta	100%
	Rimborso	€200 al giorno
SSN/Differenza di classe		100%
Spese pre/post		130/130
Chirurgia Refrattiva		€ 1.000 per occhio
Assistenza infermieristica individuale		€50 al di massimo 30 gg per evento
Submassimali:		
A.3 Parto Naturale e aborto		€ 4.000
Condizioni		Al 100%
A.3 Parto Cesareo		€ 5.000
Condizioni		Al 100%
A.4 Retta Accompagnatore		€50 al giorno massimo 40 gg per evento
A.5 Trasporto		€ 1.000 per evento
A.6 Indennità Sostitutiva		€100 al di massimo 90 gg per evento
Neonati		Fino a 1 anno entro il limite massimo assoluto di € 30.000
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE		
B-ALTA SPECIALIZZAZIONE		
Massimale		€ 5.000
B1 Alta diagnostica		
Condizioni		Franchigia fissa € 35 per accertamento diagnostico o ciclo di terapia
	Diretta	Scoperto 20% minimo € 55 per accertamento diagnostico o ciclo di terapia
	Rimborso	Rimborso al 100%
Ticket		
C-CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI		NON PREVISTO
D-LENTI		NON PREVISTO
E-PREVENZIONE CURE DENTARIE		
Limite temporale		Una volta l'anno
Condizioni		
	Diretta	100%
	Limite per ablazione	€ 60 per prestazione
	Rimborso	NON PREVISTO
F-PREVENZIONE UOMO DONNA		NON PREVISTO
G-CURE DENTARIE		NON PREVISTO
H – PREVENZIONE SINDROME METABOLICA		
Limite temporale		Annuale
Condizioni		
	Diretta	100%
	Rimborso	NON PREVISTO
I – PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE (solo per i caponucleo)		
Limite temporale		Annuale
	Diretta	100%
	Rimborso	NON PREVISTO

J – PREVENZIONE ONCOLOGICA (solo per il caponucleo) Limite temporale		1 volta ogni 2 anni, solo in forma diretta
	Uomo	Con età pari o superiore a 45 anni PSA Ecografia Prostatica Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni
	Donna	Con età pari o superiore a 29 anni PAP test Ecografia Mammaria (fino al compimento del 45° anno di età)
		Con età pari o superiore a 45 anni Mammografia Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni

N.B. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento

PRESTAZIONI OSPEDALIERE		
A-OSPEDALIERE		
Massimale		€ 250.000
A.1 Ricovero per Grande Intervento chirurgico, ricovero con/senza intervento, Intervento Ambulatoriale		
A.2 Day hospital con e senza intervento		
Condizioni:		
	Diretta	100%
	Rimborso	Scoperto 20% minimo € 1.500
	Misto	Struttura: come diretta, spese materiale con scoperto 30% Equipe: Tariffario prestazioni miste per interventi Chirurgici e Altri interventi
Limite utilizzo Robot		€3.000 per evento esteso a € 5.000 in caso di GIC
Limite Retta Degenza		
	Diretta	100%
	Rimborso	€200 al giorno
SSN/Differenza di classe		100%
Spese pre/post		130/130
Chirurgia Refrattiva		€ 1.000 per occhio
Assistenza infermieristica individuale		€50 al di massimo 30 gg per evento
Submassimali:		
A.3 Parto Naturale e aborto		€ 4.000
Condizioni		Al 100%
A.3 Parto Cesareo		€ 5.000
Condizioni		Al 100%
A.4 Retta Accompagnatore		€50 al giorno massimo 40 gg per evento
A.5 Trasporto		€ 1.000 per evento
A.6 Indennità Sostitutiva		€100 al di massimo 90 gg per evento
Neonati		Fino a 1 anno entro il limite massimo assoluto di € 30.000
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE		
B-ALTA SPECIALIZZAZIONE		
Massimale		€ 5.000
B1 Alta diagnostica		
Condizioni	Diretta	Franchigia fissa € 35 per accertamento diagnostico o ciclo di terapia
	Rimborso	Scoperto 20% minimo € 55 per accertamento diagnostico o ciclo di terapia
Ticket		Rimborso al 100%
C-CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI		
Massimale		€ 1.500
C1 Visite specialistiche		
Condizioni	Diretta	Franchigia € 35 per visita
	Rimborso	Scoperto 20% minimo € 50 per visita
Ticket		Rimborso al 100%
C2 Accertamenti diagnostici		
Condizioni	Diretta	Franchigia € 35 per accertamento
	Rimborso	Scoperto 20% minimo € 50 per accertamento
Ticket		Rimborso al 100%
C3 Trattamenti fisioterapici e rieducativi da infortunio		
Condizioni	Diretta	100%
	Rimborso	Scoperto 20% minimo € 50 per fattura
Ticket		Rimborso al 100%
C.4Protesi		
Condizioni		Scoperto 20% minimo € 50 per fattura

C.5Cure oncologiche Condizioni	Diretta Rimborso	100% Scoperto 20% Rimborso al 100%
Ticket		
D-LENTI		NON PREVISTO
E-PREVENZIONE CURE DENTARIE		NON PREVISTO
F-PREVENZIONE UOMO/DONNA (Solo per il Caponucleo) Limite temporale		Una volta l'anno in forma diretta
G-CURE DENTARIE Massimale Condizioni	Diretta Rimborso	€ 800 Scoperto 15% NON PREVISTO Rimborso al 100%
Ticket		
H – PREVENZIONE SINDROME METABOLICA Limite temporale Condizioni	Diretta Rimborso	Annuale 100% NON PREVISTO
I – PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE (solo per il caponucleo) Limite temporale	Diretta Rimborso	Annuale 100% NON PREVISTO
J – PREVENZIONE ONCOLOGICA (solo per il caponucleo) Limite temporale	Uomo	1 volta ogni 2 anni, solo in forma diretta Con età pari o superiore a 45 anni PSA Ecografia Prostatica Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni
	Donna	Con età pari o superiore a 29 anni PAP test Ecografia Mammaria (fino al compimento del 45° anno di età) Con età pari o superiore a 45 anni Mammografia Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni

N.B. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento

OPZIONE COMPLETA

PRESTAZIONI OSPEDALIERE		
A-OSPEDALIERE		
Massimale		€ 350.000
A.1 Ricovero per Grande Intervento chirurgico, ricovero con/senza intervento, Intervento Ambulatoriale		
A.2 Day hospital con e senza intervento		
Condizioni:		
	Diretta	100%
	Rimborso	Scoperto 20% minimo € 1.500
	Misto	Struttura: come diretta, spese materiale con scoperto 30% Equipe: Tariffario prestazioni miste per interventi Chirurgici e Altri interventi
Limite utilizzo Robot		€3.000 per evento esteso a € 5.000 in caso di GIC
Limite Retta Degenza		
	Diretta	100%
	Rimborso	€ 300 al giorno
SSN/Differenza di classe		100%
Spese pre/post		130/130
Chirurgia Refrattiva		€ 1.000 per occhio
Assistenza infermieristica individuale		€50 al dì massimo 30 gg per evento
Submassimali:		
A.3 Parto Naturale e aborto		€ 5.000
Condizioni		Al 100%
A.3 Parto Cesareo		€ 8.000
Condizioni		Al 100%
A.4 Retta Accompagnatore		€50 al giorno massimo 30 gg per evento
A.5 Trasporto		€ 1.000 per evento
A.6 Indennità Sostitutiva		€100 al dì massimo 90 gg per evento
Neonati		Fino a 1 anno entro il limite massimo assoluto di € 30.000
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE		
B-ALTA SPECIALIZZAZIONE		
Massimale		€ 5.000
B1 Alta diagnostica		
Condizioni		
	Diretta	Franchigia fissa € 35 per accertamento diagnostico o ciclo di terapia
	Rimborso	Scoperto 20% minimo € 55 per accertamento diagnostico o ciclo di terapia
	Ticket	Rimborso al 100%
C-CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI		
Massimale		€ 2.500
C1 Visite specialistiche		
Condizioni		
	Diretta	Franchigia € 35 per visita
	Rimborso	Scoperto 20% minimo € 50 per visita
	Ticket	Rimborso al 100%
C2 Accertamenti diagnostici		
Condizioni		
	Diretta	Franchigia € 35 per accertamento
	Rimborso	Scoperto 20% minimo € 50 per accertamento
	Ticket	Rimborso al 100%
C3 Trattamenti fisioterapici e rieducativi da infortunio		
Condizioni		
	Diretta	100%
	Rimborso	Scoperto 20% minimo € 50 per fattura
	Ticket	Rimborso al 100%
C.4Protesi		

Condizioni		Scoperto 20% minimo € 50 per fattura
C.5 Cure oncologiche Condizioni	Diretta Rimborso	100% Scoperto 20% Rimborso al 100%
Ticket		
D-LENTI Massimale		€ 250
Condizioni		Franchigia € 50 per fattura
E-PREVENZIONE CURE DENTARIE		NON PREVISTO
F-PREVENZIONE UOMO/DONNA Limite temporale		Una volta l'anno in forma diretta
G-CURE DENTARIE Massimale Condizioni	Diretta Rimborso	€ 1.500 (ridotto a € 800 a rimborso) Scoperto 15% Scoperto 20% minimo € 100 per fattura Rimborso al 100%
Ticket		
H – PREVENZIONE SINDROME METABOLICA Limite temporale Condizioni	Diretta Rimborso	Annuale 100% NON PREVISTO
I – PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE (solo per il caponucleo) Limite temporale	Diretta Rimborso	Annuale 100% NON PREVISTO
J – PREVENZIONE ONCOLOGICA (solo per il caponucleo) Limite temporale		1 volta ogni 2 anni, solo in forma diretta
	Uomo	Con età pari o superiore a 45 anni PSA Ecografia Prostatica Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni
	Donna	Con età pari o superiore a 29 anni PAP test Ecografia Mammaria (fino al compimento del 45° anno di età) Con età pari o superiore a 45 anni Mammografia Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni

N.B. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento

Garanzie prestate ad integrazione delle prestazioni fornite dai Fondi, ossia a secondo rischio e ad integrazione dei plafond previsti dal tariffario dei Fondi, senza applicazione di scoperti e franchigie. E' previsto l'obbligo di presentare le proprie spese al Fondo di appartenenza.

Eventuali spese per prestazioni ricomprese nell'opzione non previste dal tariffario del Fondo, o per persone non coperte dal Fondo verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A-OSPEDALIERE	
Massimale	€ 350.000
A.1 Ricovero per Grande Intervento chirurgico, ricovero con/senza intervento, Intervento Ambulatoriale A.2 Day hospital con e senza intervento	
Condizioni:	da integrativa
Limite utilizzo Robot	€3.000 per evento esteso a € 5.000 in caso di GIC
Limite Retta Degenza	
	Diretta Rimborso
SSN/Differenza di classe Spese pre/post	100% €300 al giorno 100% 130/130
Chirurgia Refrattiva	€ 1.000 per occhio
Assistenza infermieristica individuale	€50 al di massimo 30 gg per evento
Submassimali:	
A.3 Parto Naturale e aborto	€ 5.000
A.3 Parto Cesareo	€ 8.000
A.4 Retta Accompagnatore	€50 al giorno massimo 30 gg per evento
A.5 Trasporto	€ 1.000 per evento
A.6 Indennità Sostitutiva	€120 al di massimo 90 gg per evento
Neonati	Fino a 1 anno entro il limite massimo assoluto di € 30.000
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B-ALTA SPECIALIZZAZIONE	
Massimale	€ 20.000
B1 Alta diagnostica	Da integrativa
C-CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI	
Massimale	€ 5.000
C1 Visite specialistiche	
Condizioni	Da integrativa
C2 Accertamenti diagnostici	
Condizioni	Da integrativa
C3 Trattamenti fisioterapici e rieducativi da infortunio	
Condizioni	Da integrativa
C.4Protesi	

Condizioni	Da integrativa
C.5 Cure oncologiche	
Condizioni	Da integrativa
D-LENTI Massimale	€ 500
Condizioni	Franchigia € 30 per fattura
E-PREVENZIONE CURE DENTARIE	NON PREVISTO
F-PREVENZIONE UOMO/DONNA Limite temporale	Una volta l'anno
G-CURE DENTARIE Massimale	€ 2.000
Condizioni	Da integrativa
H – PREVENZIONE SINDROME METABOLICA Limite temporale Condizioni	Annuale
Diretta Rimborso	100% NON PREVISTO
I – PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE (solo per il caponucleo) Limite temporale	Annuale
Diretta Rimborso	100% NON PREVISTO
J – PREVENZIONE ONCOLOGICA (solo per il caponucleo) Limite temporale	1 volta ogni 2 anni, solo in forma diretta
Uomo	Con età pari o superiore a 45 anni PSA Ecografia Prostatica Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni
Donna	Con età pari o superiore a 29 anni PAP test Ecografia Mammaria (fino al compimento del 45° anno di età)
	Con età pari o superiore a 45 anni Mammografia Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni

N.B. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento