

ALLEGATO I

Piano RSM DES - TOP 500 senza franchigia

GARANZIE	CONDIZIONI	LIMITI
Ospedaliere		
Ricovero in Istituto di cura con/senza intervento Chirurgico, interventi ambulatoriali, Day Hospital, Day Surgery	Massimale	Euro 250.000
	In rete	rimborso al 100%
	Fuori rete	scoperto 15% - minimo Euro 1.000 ridotta a Euro 250 in caso di intervento chirurgico ambulatoriale
	Misto	v. sopra per parte in rete / fuori rete
	Limite retta di degenza fuori rete	Euro 450
	pre/post	120/120 gg.
Grande Intervento Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992 (vedi allegato 2)	Massimale	Euro 500.000
	In rete	rimborso al 100%
	Fuori rete	Scoperto 10% - minimo Euro 500
	Spese pre/post	180/180 gg.
Sub massimali:	Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali	Euro 5.000
	Terapie – Fisioterapie pre/post ricovero	Euro 5.000
	Parto Naturale	Euro 3.000
	Parto Cesareo ed Aborto terapeutico	Euro 7.000
	Correzione Difetti Visivi	Euro 1.500 per occhio
Accompagnatore		Euro 80 al giorno max 50 gg.
Trasporto malato		Euro 3.000
Indennità sostitutiva	Ricovero con / senza intervento	Euro 150 al giorno max 100 gg.
	Pre/post	120/120 gg.
Extraospedaliere		
Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione	Massimale	Euro 5.000
	In rete	Franchigia Euro 50
	Fuori rete	scoperto 20% min Euro 65
Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione Visite Specialistiche /Pacchetto Maternità	Massimale	Euro 3.500
	In rete	Franchigia Euro 30
	Fuori rete	scoperto 20% minimo Euro 50
Sub massimale	Medicina alternativa o complementare /Trattamenti osteopatici /Fisioterapici	Limite Euro 500 scoperto 20% minimo Euro 70
	Medicinali compresa omeopatia	Limite Euro 300 scoperto 10% minimo Euro 25
	Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale)	Euro 50 al giorno max di 30 gg.
Terapie Oncologiche	Massimale	Euro 20.000
	In rete	rimborso al 100%
	Fuori rete	scoperto 20%
Sub massimale:	Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale	Euro 50 al giorno max 120 gg
Cure dentarie da infortunio	Massimale	Euro 5.000
	In rete	rimborso al 100%
	Fuori rete	scoperto 20% minimo Euro 100
Lenti	Massimale	Euro 500 Franchigia Euro 50
Ticket SSN	Massimale	Euro 1.000 rimborso al 100%
Strumenti sanitari di supporto	Massimale	Euro 1.500 max 1 volta durata del piano Scoperto 20% minimo euro 75
GARANZIE COMPLEMENTARI (OPERANTI SE RICHIAMATE NEL CERTIFICATO)		
Check-up clinico	Percorso visite ed esami per età/sexo	Percorso visite ed esami per età/sexo
LTC (Rendita non-autosufficienza massimo 3 anni)	Massimale	Euro 1.000 al mese per un massimo di 3 anni

Norme Generali che regolano l'adesione al piano mutualistico RIMBORSO SPESE MEDICHE – DES “TOP”

PREMESSA

Il presente contratto di adesione al piano mutualistico RIMBORSO SPESE MEDICHE – DES “TOP” erogato dalla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE individua le prestazioni previste in favore del Socio nel caso in cui questi debba sostenere spese di natura medica e sanitaria.

L'adesione al piano mutualistico RIMBORSO SPESE MEDICHE – DES “TOP” avviene in base alla precedente iscrizione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE

I dati riportati nel presente contratto rappresentano i punti salienti delle forme di assistenza e costituiscono elemento vincolante, al fine della garanzia, eventualmente integrata dal testo di Convenzione separatamente sottoscritto da seguire per utilizzare al meglio il piano sottoscritto.

La Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE eroga la presente prestazione in caso di rimborso spese mediche sulla base di una convenzione stipulata con la Impresa di Assicurazione AFI-ESCA IARD, di seguito definita “Compagnia assicuratrice sottostante” (AFI-ESCA).

La Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE risulti essere Contraente e Beneficiaria della convenzione di cui sopra. Per ulteriori informazioni ed eventuali chiarimenti, i Soci possono rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti di Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE

Mail: adesioni@mutuades.it

Telefono: +39 011-0620637

CONTRATTO DI ADESIONE AL PIANO MUTUALISTICO RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 1 – Norme di carattere generale

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Il presente contratto è stipulato in base alle dichiarazioni rese dal socio con apposito questionario sanitario.

Le garanzie operano esclusivamente per le malattie insorte, e gli infortuni accaduti, successivamente alla data di decorrenza del piano mutualistico.

Le garanzie comprendono anche gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla decorrenza del sussidio oggettivamente sconosciute a tale data e, se conosciute, dichiarate dal socio stesso sul questionario sanitario e che non siano state oggetto da parte di Mutua Diritto E Salute di limitazioni o esclusioni riportate nel certificato di adesione al piano mutualistico.

Pertanto, Mutua Diritto E Salute si riserva di non prestare la copertura o di escludere, comunicandone l'intenzione al socio, dalle prestazioni le malattie e/o stati patologici e relative conseguenze dichiarate dello stesso.

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Socio o di chiunque sia beneficiario del piano mutualistico relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e sulla situazione legata alla attivazione dei piani possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo/rimborso nonché l'annullamento del sussidio e relativa esclusione da Socio della Mutua per comportamento scorretto verso la mutua stessa e gli altri Soci.

Art. 1.2 - Conclusione del contratto - Decorrenza del Sussidio – Versamento del contributo mutualistico e quote associative

La domanda di adesione si ritiene conclusa nel momento in cui sia debitamente sottoscritta dal Socio e sia stata valutata positivamente con apposita delibera del Consiglio di Amministrazione (CdA) della Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE. La copertura sottoscritta ha effetto dalle 24:00 del giorno di decorrenza del piano, se il Contributo o la prima rata di esso sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle 24:00 del giorno del versamento dei contributi. Il Contributo è sempre determinato per periodi di un anno (12 mesi) ed è interamente dovuto dal Socio, anche qualora ne sia stato convenuto il frazionamento semestrale.

Il versamento del Contributo e delle quote associative può essere effettuato solo nelle seguenti modalità:

- a) addebito automatico sul conto corrente bancario o postale del Socio o di uno dei familiari beneficiari;
- b) assegno circolare o bancario intestato a Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE;
- c) Bonifico bancario o postale sui rispettivi conti correnti indicati sulla domanda di adesione ed intestato a Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE

Nel caso sia stato scelto di versare il contributo tramite assegno, questo viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del versamento del titolo. L'assegno, sia esso circolare o bancario, deve essere intestato a Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE e munito della clausola di non trasferibilità. In caso di mancato versamento del Contributo o delle rate successive del Contributo, secondo le modalità sopra indicate e previste dal Regolamento Operativo, la copertura oggetto del presente Regolamento sarà automaticamente sospesa dalle 24:00 del 30° giorno successivo alla scadenza dell'ultima rata non versata. Il versamento del Contributo o delle rate del Contributo non corrisposte potrà avvenire prima che si sia verificata la risoluzione di diritto dell'Adesione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE ovvero entro il 180° giorno dal primo insoluto, restando inteso che durante il periodo di morosità le richieste di prestazioni o di rimborso non saranno liquidabili; la riattivazione del sussidio avrà efficacia dalle ore 24:00 del giorno di delibera prestabilito e del relativo versamento (di tutte le rate di Contributo non corrisposte) e, in tal caso, rimarranno ferme le successive scadenze del versamento dei contributi.

Art. 1.3 - Adeguamento del Contributo

Il Contributo annuale previsto per ciascun Socio potrà essere adeguato nel tempo. Tale adeguamento sarà applicato previa comunicazione all'assistito entro 45 giorni antecedenti la scadenza annuale della Copertura al fine di mantenere un equilibrio tra i partecipanti alla Mutua nonché la tenuta finanziaria ed economica di quest'ultima.

Art. 1.4 - Durata e proroga dell'adesione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE al piano mutualistico RIMBORSO SPESE MEDICHE

Fermo restando che l'adesione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE ha finalità di operare per la vita intera del Socio, le prestazioni comprese nel piano mutualistico RIMBORSO SPESE MEDICHE operano al momento nei limiti di età di cui all'art. 3.2 al fine di garantire la tenuta e la stabilità della Mutua.

In assenza di recesso inviato dal Socio l'adesione al piano sanitario RIMBORSO SPESE MEDICHE si rinnova tacitamente e la copertura prorogata per la durata di un anno e così successivamente. Eventuale recesso da parte della Mutua Diritto E Salute e/o del Socio Beneficiario dovrà essere inviato almeno 30 giorni prima della scadenza annuale. L'eventuale recesso del Socio dovrà essere inviato a: Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE tramite raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo Via A. Volta 31/A 10040 Druento (TO) oppure alla pec mutuades@pec.net.

Resta fermo il diritto della Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE di recedere in caso di morosità superiore a sei mesi o comportamenti scorretti e/o manifestamente in conflitto con la Società.

Art. 1.5 - Modifiche del Regolamento dei Piani Mutualistici

Le eventuali modifiche ai vari piani mutualistici devono essere provate per iscritto.

Art. 1.6 – Forme e costi per l'adesione al piano mutualistico RIMBORSO SPESE MEDICHE

L'adesione viene attivata individualmente dal singolo Socio, oppure in caso di nucleo dal socio caponucleo anche per conto dei suoi famigliari.

Art. 1.7 - Foro competente

Ogni controversia relativa al presente regolamento è soggetta alla giurisdizione italiana ed alla competenza esclusiva del Tribunale di Milano.

Art. 2 – Prestazioni previste con l'adesione al piano mutualistico erogato dalla Società di Mutuo Soccorso Diritto e Salute – RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 2.1 – Oggetto del piano mutualistico

Oggetto del piano mutualistico è il rimborso delle spese sanitarie sostenute dal Socio

La Mutua Diritto E Salute accorda al Socio il rimborso delle spese - accertate e documentate - fino alla concorrenza del massimale indicato nell'Opzione prescelta indicata nel certificato di adesione, per il rimborso delle spese sostenute dal Socio per ricovero in Istituto di Cura, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico eseguito in conformità con la vigente normativa.

Il piano mutualistico opera, altresì, per le spese sostenute in regime di Day Hospital, Day Surgery o per interventi chirurgici ambulatoriali e, nei limiti previsti dall'opzione scelta, per alcune spese extraricovero.

L'ammontare complessivo dei rimborsi per l'insieme dei casi verificatisi nel corso di un medesimo anno, non potrà superare il massimale annuo per persona o per nucleo come specificato in contratto. Le modalità di adesione del Socio al massimale anno persona o anno nucleo sono riportate al successivo Art. 2.5

Qualora il Socio decida di inserire nel piano mutualistico i componenti del nucleo, tutti i membri dovranno essere inseriti e assistiti con le medesime garanzie e somme, fatta eccezione per la garanzia facoltativa "Check- up".

Art. 2.2 – Spese rimborsabili.

La Mutua Diritto E Salute rimborsa le spese per garanzie Ospedaliere e/o Extraospedaliere secondo i seguenti schemi e comunque solo **fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti, gli scoperti e le franchigie indicate nel quadro sinottico di cui al certificato di adesione** e scelti all'atto della attivazione del piano mutualistico.

A) GARANZIE OSPEDALIERE

A.1) Ricovero in Istituto di cura e/o Intervento

Il Piano Mutualistico è operante, fino alla concorrenza del massimale indicato nell'Opzione prescelta ed indicata nel piano mutualistico, per il rimborso delle spese sostenute dal Socio per ricovero in Istituto di Cura, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da infortunio malattia, parto o aborto terapeutico eseguito in conformità con la vigente normativa.

Il Piano Mutualistico è operante, altresì, per le spese sostenute in regime di Day Hospital, Day Surgery o per interventi chirurgici ambulatoriali. L'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme dei casi verificatisi nel corso di un medesimo anno, non potrà superare il massimale annuo per persona o per nucleo come specificato nel presente piano mutualistico.

Sono compresi in garanzia:

- a. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- b. diritti di sala operatoria;
- c. materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici e fisioterapici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (endoprotesi);
- d. assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero e alla patologia che comporta il ricovero;
- e. visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, trattamenti fisioterapici nei giorni precedenti l'inizio del ricovero, nonché per le prestazioni sanitarie nei giorni successivi alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie, medicinali), purché correlate all'intervento. Si intendono comunque compresi anche i ricoveri per cure, accertamenti e interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi;
- f. retta di degenza. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
- g. retta per l'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera;
- h. spese di assistenza infermieristica individuale privata;
- i. viaggio e trasporto del Socio e dell'Accompagnatore al e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo.

Si precisa che in caso di trapianto d'organi o parte di essi sul Socio, sono comprese anche:

- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;
- nel caso di donazione da vivente, le spese effettuate durante il ricovero del donatore.

A.2) Raddoppio del massimale per "Grandi interventi Chirurgici"

Nel caso in cui il Socio subisca un «Grande Intervento Chirurgico», sulla base dell'Opzione di Garanzia del Quadro Sinottico scelto all'atto della sottoscrizione della copertura, il massimale previsto per le garanzie di cui al precedente punto A).1, deve intendersi raddoppiato con i limiti indicati nel suddetto Quadro Sinottico. Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992 (Allegato 2).

A.3) Sub massimali

Sono altresì rimborsabili, secondo quanto indicato nei Quadri Sinottici corrispondenti:

1. Day Hospital e interventi ambulatoriali

Sono rimborsabili le spese sostenute in caso di Day Hospital / Day Surgery e Interventi Ambulatoriali. Relativamente al Day Surgery non trova applicazione il sub-massimale indicato nel quadro sinottico

2. Parto

La Mutua Diritto E Salute, in caso di ricovero per parto, effettua il rimborso delle spese comprensivo delle spese neonatali, per:

- a. parto spontaneo e aborto spontaneo e post traumatico (compreso terapeutico);
- b. parto con Taglio Cesareo;

La Mutua Diritto E Salute, inoltre, nei casi di parto non cesareo effettuato senza ricovero in Istituto di Cura, corrisponde un'indennità pari a € 1.600,00=

In caso di ricovero per Parto, non verranno effettuati rimborsi di importi superiori ai massimali indicati nel quadro sinottico corrispondente anche in presenza di altri Interventi concomitanti, se non diagnosticati

precedentemente, con relativa documentazione medica (diagnostica per immagine e referti) e previa autorizzazione da parte della Mutua Diritto E Salute.

3. Spese neonatali

La Mutua Diritto E Salute rimborsa le spese sostenute durante il periodo di ricovero del neonato patologico, nei primi dodici mesi di vita, sempreché la garanzia per il parto risulti già operante, a termini nel presente piano mutualistico, nei confronti della madre.

Sono compresi per il solo neonato, nei primi dodici mesi di vita, anche i ricoveri per interventi relativi alla eliminazione o correzione di malformazioni congenite

4. Intervento Chirurgico per Correzione Difetti Visivi

A parziale deroga di quanto previsto dall'art.4.1- Esclusioni - lettera b), la copertura è estesa alle spese mediche sostenute per interventi chirurgici finalizzati a correggere i vizi di refrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia) purché conseguenti a riduzione del visus.

A.4) Accompagnatore

La Mutua Diritto E Salute rimborsa le spese sostenute per vitto e pernottamento, nell'Istituto di Cura, dell'accompagnatore secondo quanto indicato nei Quadri Sinottici corrispondenti.

In caso di ricovero del Socio all'estero, la presente garanzia viene estesa al rimborso delle spese sostenute dall'accompagnatore in albergo nel caso che non sia possibile l'alloggio presso l'Istituto di Cura.

Qualora il Socio non abbia sostenuto alcuna spesa, in quanto il ricovero con o senza intervento, Day Surgery o Day Hospital sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, le spese per l'accompagnatore non vengono riconosciute.

A.5) Trasporto malato

La Mutua Diritto E Salute rimborsa le spese sostenute per il trasporto del Socio, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, verso l'Istituto di cura, da un Istituto all'altro ed al ritorno dello stesso fino ad un importo di € 3.000,00=

A.6) Indennità sostitutiva

Qualora il Socio, per il periodo di ricovero, non abbia sostenuto alcuna spesa, in quanto il ricovero stesso sia stato a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, o in caso di ricovero privato per il quale il Socio non richieda alcun rimborso alla Mutua Diritto E Salute, Egli avrà diritto ad una indennità sostitutiva, **secondo quanto indicato nei Quadri Sinottici corrispondenti**, per ciascun giorno di ricovero con pernottamento.

La prima giornata di ricovero in Istituto di Cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione. Tale indennità verrà liquidata senza l'applicazione di eventuali franchigie.

L'indennità sostitutiva non verrà corrisposta al neonato, al donatore e in caso di ricovero in Day Surgery/Day Hospital. Il Socio che percepirà l'indennità sostitutiva avrà, comunque, diritto al rimborso delle spese sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi al ricovero previste all'art. A2.2 - Spese Rimborsabili

L'indennità sostitutiva non viene riconosciuta per i ricoveri in Astanteria del Pronto Soccorso dell'istituto di cura

B) GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Mutua Diritto E Salute garantisce le prestazioni sotto riportate, non rientranti in altre garanzie, rese necessarie dall'infortunio o dalla malattia, ancorché sospetta, denunciate con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti condizioni e dalla Scheda riassuntiva opzione di garanzia.

B.1) Diagnostica e Terapie di Alta Diagnostica

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Mutua Diritto E Salute paga le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici e le terapie per le prestazioni sottoindicate, rese necessarie dall'infortunio o dalla malattia, ancorché sospetta, denunciati e non rientranti in altre garanzie.

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

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nei limiti del Quadro Sinottico scelto, per ciascun periodo e per Socio Singolo/Socio Nucleo familiare, previa applicazione - per ciascun sinistro - degli scoperti/franchigie disciplinati nello stesso.

- ARTROGRAFIA;
- DENSITOMETRIA OSSEA / MOC;
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA;
- DOPPLER / ECODOPPLER / ECOLORDOPPLER;
- ECOCARDIOGRAFIA / ELETTROCARDIOGRAFIA BASALE E DA SFORZO;
- ELETTROENCEFALOGRAFIA;
- ELETTROMIOGRAFIA;
- ESAME HOLTER;
- ESAMI ECOTOMOGRAFICI / ECOGRAFICI;

- ESAMI ANGIOGRAFICI CON O SENZA CONTRASTO;
- ESAMI ENDOSCOPICI CON O SENZA CONTRASTO;
- ESAMI ISTOPATOLOGICI – ISTOLOGICI;
- ESAMI SCINTIGRAFICI;
- FLEBOGRAFIA;
- FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE INDAGINI DI MEDICINA NUCLEARE/RADIOISOTOPICI –
ISTEROSALPINGOGRAFIA;
- MIELOGRAFIA;
- P.E.T.;
- RADIONEFROGRAMMA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;
- SCIALOGRAFIA CON CONTRASTO;
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA;
- EEG Mapping (Mapping del cervello);
- ELETTRONEUROGRAFIA (ENG);
- ELETTRONISTAGMOGRAFIA;
- FIBROBRONCOSCOPIA;
- FISTOLOGRAFIA;
- GALATTOGRAFIA;
- LAPAROSCOPIA;
- LINFOGRAFIA;
- MAMMOGRAFIA DIGITALE;
- POLISONNOGRAFIA;
- POTENZIALI EVOCATI MOTORI (PEM);
- POTENZIALI EVOCATI SOMATOSENSORIALI (PESS);
- SPECT - TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI FOTONE SINGOLO;
- SPLENOPORTOGRAFIA;
- STUDIO URODINAMICO;
- STROBOSCOPIA LARINGEA DIGITALE;
- TOMOGRAFIA OTTICA COMPUTERIZZATA (OTC);
- TEST DEL RESPIRO;
- UROGRAFIA;
- VESCICULODEFERENTOGRAFIA;
- WIRSUNGRAFIA

Criterio Analogico

Gli accertamenti diagnostici che richiedono tecnologie uguali o più complesse rispetto a quelle necessarie per gli esami e gli accertamenti elencati e che comportino onorari pari o superiori secondo quanto previsto dal D.P.R. 10/11/1965 n. 1763 e successive modifiche, sono compresi nell'ambito della presente garanzia anche se non espressamente riportati in elenco.

B.2) Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Mutua Diritto E Salute rimborsa le spese sostenute per accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio resi necessari dall'infortunio o dalla malattia, ancorché sospetta, denunciati e non rientranti in altre garanzie.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, per ciascun periodo di durata del piano e per Socio individuale/Socio nucleo familiare, previa applicazione degli scoperti/franchigie disciplinati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono a carico del Socio per ogni accertamento o per ogni serie di accertamenti previsti da un'unica prescrizione medica.

B.3) Visite Specialistiche

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Mutua Diritto E Salute rimborsa le spese sostenute per le visite specialistiche rese necessarie dall'infortunio o dalla malattia, ancorché sospetta, denunciati e non rientranti in altre garanzie. La prestazione in ogni caso non opera per le visite odontoiatriche ed ortodontiche salvo che rese necessario da infortunio. In quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati

purchè l'infornio sia documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero o altra documentazione che accerti oggettivamente l'infornio.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza e nell'ambito del massimale previsto dal Quadro Sinottico scelto, per ciascun periodo di durata del piano e per Socio individuale/Socio nucleo familiare, previa applicazione degli scoperti e/o franchigie disciplinati dal Quadro Sinottico scelto, che rimangono a carico del Socio per ogni visita o per ogni serie di visite previsti da un'unica prescrizione medica e/o referto del medico specialista, con le seguenti precisazioni: qualora alla visita specialistica facciano seguito accertamenti diagnostici di cui ai punti B.1) e B.2) prescritti dal medesimo specialista e il Socio presenti la richiesta di rimborso in un'unica soluzione, la franchigia minima si applica una sola volta.

B.3.1) Pacchetto maternità

La Mutua Diritto E Salute rimborsa in caso di gravidanza:

- n. 4 ecografie (compresa la morfologica);
- Analisi clinico-chimiche;
- n. 3 visite di controllo ostetrico-ginecologico;

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nei quadri sinottici corrispondenti, per ciascun periodo di durata del piano e per Socio individuale/Socio nucleo familiare, previa applicazione – per ciascun sinistro – degli scoperti/franchigie disciplinati nei quadri sinottici corrispondenti.

B.4) Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici/ fisioterapici

A parziale deroga dell'Art. 3.1 lettera q), la Mutua Diritto E Salute rimborsa nel limite del massimale previsto nel Quadro Sinottico le visite/pratiche di medicina alternativa o complementare/medicina non ufficiale, come riportato nelle definizioni nel presente piano mutualistico.

La Mutua Diritto E Salute rimborsa inoltre, nel limite del massimale previsto nel Quadro Sinottico i medicinali, anche omeopatici, ed i prodotti da banco. Tali prodotti devono essere prescritti da un medico e solo a seguito delle prestazioni previste dal presente piano mutualistico.

Sono esclusi i prodotti relativi a fini estetici e dell'igiene personale.

La Mutua Diritto E Salute rimborsa, altresì le spese sostenute per:

- Pranoterapia, l'agopuntura, l'elettro-agopuntura, trattamenti osteopatici/ fisioterapici, cure termali con esclusione delle spese alberghiere, resi necessari da infornio o malattia indennizzabili a termini del presente piano mutualistico sempreché prescritti da un medico ed effettuati da personale medico o abilitato per tali terapie della riabilitazione.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza e nell'ambito del massimale previsto nel Quadro Sinottico scelto, previa applicazione degli scoperti e/o franchigie disciplinati nel Quadro Sinottico scelto, che rimangono a carico del Socio.

B.5) Assistenza Infermieristica a Domicilio (prescritta dal Medico curante e/o specialista)

In caso di infornio o malattia che abbia comportato ricovero con pernottamento in struttura sanitaria e a cui consegua una inabilità temporanea totale certificata da cartella clinica, la Mutua Diritto E Salute paga le spese sostenute, non rientranti in altre garanzie, per assistenza infermieristica professionale a domicilio, nell'ambito dei limiti indicati nel Quadro Sinottico prescelto.

B.6) Terapie Oncologiche

La Mutua Diritto E Salute rimborsa secondo quanto indicato nei Quadri Sinottici corrispondenti, per Nucleo /persona e per anno, le spese sostenute per chemioterapia oncologica e radioterapia antitumorale, effettuate in regime di ricovero, Day Hospital o ambulatorialmente.

B.6.1) Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale

in caso di ospedalizzazione domiciliare per malattia terminale, intesa come malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza, che comporta la non autosufficienza del Socio a mantenere una vita indipendente ed a svolgere le comuni attività quotidiane, la Mutua Diritto E Salute rimborsa le spese per assistenza domiciliare continuativa medica e infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture all'uopo costituite e legalmente riconosciute.

B.7) Cure dentarie a seguito di infornio

La Mutua Diritto E Salute rimborsa le spese relative a cure dentarie, compresa la fornitura di protesi dentarie, quando sono rese necessarie a seguito di infornio documentato dal Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'infornio ed indennizzabile a termini del presente piano mutualistico, secondo quanto indicato nei Quadri Sinottici corrispondenti.

B.8) Lenti

Sono rimborsabili, secondo quanto indicato nei Quadri Sinottici corrispondenti, le spese sostenute per l'acquisto di lenti per occhiali (escluse le montature), lenti a contatto (escluse le "usa e getta") nonché protesi sostitutive oculari, a seguito di modifica del visus e certificata da medico oculista.

B.9) Ticket

Qualora le spese sostenute nell'ambito delle garanzie GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE vengano effettuate presso il SSN, e sempreché la garanzia sia prevista dall'opzione prescelta, l'importo di eventuali ticket sarà rimborsato al 100%, secondo quanto indicato nei Quadri Sinottici corrispondenti

B.10) Strumenti Sanitari di Supporto

La Mutua Diritto E Salute rimborsa fino all'ammontare di € 1.500,00 con uno scoperto del 20% delle spese con un minimo di € 75,00 a carico dell'Socio, per periodo di durata del piano e per nucleo familiare, le spese sostenute per:

- l'acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche, apparecchiature/ausili/presidi ortopedici e/o sanitari;
- l'acquisto di amplificatori acustici;
- il noleggio di apparecchiature per emodialisi;
- l'acquisto o il noleggio di erogatori portatili di ossigeno per la terapia di malattie bronco polmonari.

Le spese per i sopraindicati strumenti sanitari di supporto, saranno rimborsabili unicamente se gli stessi risulteranno essere stati prescritti da un medico specialista.

Art. 2.4 Formula con Franchigia fissa (operante se richiamata nel Certificato)

La Mutua Diritto E Salute liquida l'importo dovuto a termini del presente piano mutualistico per le garanzie ai punti A1 "Ricovero in Istituto di Cura con e senza intervento chirurgico" e A2 "Grandi Interventi Chirurgici" del presente articolo con deduzione di una franchigia per sinistro, come previsto dal quadro sinottico, che resta a carico del Socio, in caso di assistenza diretta tale franchigia deve essere versata direttamente dal Socio alla Casa di Cura e/o medici Convenzionati.

Qualora il Socio avvalendosi del Servizio Sanitario Nazionale non abbia sostenuto alcuna spesa, la Mutua Diritto E Salute corrisponderà l'indennità giornaliera sostitutiva di cui al punto A.6) del presente articolo "Indennità Sostitutiva", senza detrazione di alcuna franchigia.

In caso di Intervento chirurgico ambulatoriale la franchigia a carico del Socio deve intendersi ridotta a € 250,00.

Art. 2.5 Massimale per nucleo

Il Socio, in occasione della prima adesione al piano mutualistico, può scegliere se attivare le prestazioni oltre che per se stesso, anche per i membri del proprio nucleo.

In tal caso, i massimali previsti per le singole garanzie, indicati nel certificato/applicazione sono da intendersi per nucleo e non per persona.

Art. 3 – Esclusioni e limiti di copertura per la garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 3.1 – Esclusioni

Le prestazioni sanitarie di cui al presente contratto non sono operanti per la cura di malattie pregresse o preesistenti diagnosticate e/o curate anteriormente alla stipulazione del piano mutualistico e:

- dichiarati alla Mutua Diritto E Salute con Questionario Sanitario ed esplicitamente escluse dalla Mutua Diritto E Salute nel certificato del piano mutualistico;
- non dichiarate alla Mutua Diritto E Salute nel questionario sanitario;

Inoltre non sono operanti per:

- a) l'eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti e/o preesistenti alla stipulazione del presente piano mutualistico, fatta eccezione per le malformazioni congenite delle quali il Socio sia portatore inconscio;
- b) gli interventi e cure delle miopie e/o astigmatismo e correzione del visus salvo quanto previsto all'art. A.3.o) e B.8);
- c) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) gli infortuni derivanti da delitti dolosi del Socio;
- e) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- f) 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; scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala U.I.A.A e immersione con autorespiratore autorespiratore oltre i 30 (diciotto) metri di profondità (restano comunque esclusi i casi di embolia);
- g) gli infortuni derivanti dagli sport praticati a livello professionistico;
- h) l'aborto volontario non terapeutico;

- i) le terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza;
- j) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- k) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- l) le degenze dovute alla necessità dell'Socio, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento, le cure termali, i ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;
- m) le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- n) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto all'art. 2.2 al punto B.10;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- p) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni, cui l'Socio abbia preso parte, i quali abbiano movente politico o sociale; di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- q) medicinali non somministrati in degenza salvo quanto previsto all'art. 2.2 - punto B4;
- r) disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indicedi Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- s) le prestazioni determinate da positività HIV ed AIDS e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;
- t) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e relativi allegati;
- u) aborto volontario non terapeutico;
- v) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up (ricoveri impropri); trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio;
- w) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, nonché quelle effettuate per familiarità o per predisposizione genetica inclusi i test genetici.

In ogni caso la Mutua Diritto E Salute non è tenuta a fornire copertura e non è tenuta a pagare qualsiasi richiesta o fornire alcun beneficio nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o il riconoscimento di tale beneficio possa esporre la parte a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea o dagli Stati Uniti d'America.

Art. 3.2 – Limiti di età e persone che non possono accedere ai piani mutualistici rimborso spese mediche di cui al presente contratto

I piani mutualistici possono essere sottoscritti a favore di persona di età non superiore a 79 anni. Il piano cessa alla prima scadenza annuale del contratto successiva al compimento dell'80° anno di età.

Non sono assistibili le persone colpite da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita e il piano cessa con il loro manifestarsi.

A parziale deroga di quanto sopra, relativamente ai Soci già in precedenza assistiti da altro piano mutualistico e/o assicurati da altra polizza emessa, senza soluzione di continuità, con decorrenza ante 31.10.2021 in convenzione sanitaria BI BROKER il limite di età di cui ai commi precedenti viene elevato a 85 anni.

Art. 3.3 – Limiti territoriali

Le prestazioni previste dai piani mutualistici rimborso spese mediche di cui al presente contratto valgono per il mondo intero. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art. 3.4 – Periodi di carenza

Le garanzie previste nelle schede di cui al certificato di adesione e fermo il pagamento del relativo contributo mutualistico sono valide dalle ore 24.00:

- a. del giorno di effetto del piano mutualistico per gli infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto;
- b. dal 30° giorno successivo a quello di effetto del piano mutualistico, per le malattie diagnosticate dopo la stipulazione del contratto.
- c. dopo 30 giorni dalla data di effetto del piano mutualistico per le visite mediche specialistiche e gli accertamenti diagnostici extraricovero;

- d. dopo 60 giorni dalla data di effetto del piano mutualistico per l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- e. dal 180° giorno successivo a quello di effetto del piano mutualistico per le malattie pregresse;
- f. dal 300° giorno successivo a quello di effetto del piano mutualistico per il parto;

Art. 3.5 – Continuità

Qualora il Socio abbia in corso con altra Mutua, Cassa di Assistenza Sanitaria o con altra Compagnia di Assicurazione, piano mutualistico o polizza disdettati (non per sinistro) alla scadenza contrattuale e purché l'inserimento in copertura nel presente piano mutualistico avvenga senza soluzione di continuità, si conviene quanto segue:

- il Socio dovrà compilare un nuovo Questionario Sanitario
Relativamente alle dichiarazioni rese sul nuovo Questionario Sanitario le garanzie opereranno per le malattie e gli infortuni insorti successivamente alla data di decorrenza del piano mutualistico con le limitazioni ed esclusioni eventualmente previste all'atto della stipulazione del nuovo contratto e riportate nel certificato del piano mutualistico.

I termini di aspettativa/periodi di carenza indicati al precedente Art. 3.4, salvo quanto previsto per le garanzie, i massimali e le maggiori somme garantite in caso di piani mutualistici emessi in sostituzione, senza soluzione di continuità, si intendono non operanti.

Resta inteso che per i Soci già in precedenza assistiti da altro piano mutualistico o assicurati da altra polizza in convenzione sanitaria BI BROKER in essere al 31.10.2021, e trasferita senza soluzione di continuità al piano mutualistico della Mutua Diritto E Salute, non vi è l'obbligo di compilare un nuovo questionario e le garanzie opereranno per le malattie e gli infortuni insorti antecedentemente alla data di decorrenza del presente piano mutualistico con le limitazioni ed esclusioni eventualmente previste all'atto della stipulazione del precedente contratto e riportate nel certificato di adesione al piano.

Art. 4 – Prestazioni previste con l'adesione al piano mutualistico erogato dalla Mutua Diritto E Salute di Mutuo Soccorso Diritto e Salute – MODALITA' PER LA GESTIONE DEI RIMBORSI

Art. 4.1 Comunicazione per la richiesta di rimborso o indennizzo

Il Socio deve presentare la comunicazione per la richiesta di rimborso alla struttura atta alla gestione dei sinistri ed individuata in "My Assistance" così come meglio spiegato negli articoli che seguono, secondo le modalità ivi previste entro 3 giorni da quando lo stesso ne ha avuto conoscenza.

Si precisa e ribadisce che il provider My Assistance opera in nome e per conto della Mutua Diritto E Salute.

La denuncia deve essere corredata da idonea documentazione medica attestante la natura della malattia o la natura e il tipo delle lesioni nonché la necessità del ricovero o dell'intervento.

Il Socio, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato il Socio stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica e ulteriore documentazione utile richiesta dalla Mutua Diritto E Salute.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico del Socio.

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto.

Nel rispetto delle garanzie del presente piano mutualistico, i Soci possono usufruire delle prestazioni sanitarie mediante due modalità:

- **Forma "Diretta"**: il Socio usufruisce delle prestazioni sanitarie presso una delle strutture convenzionate (i.e., Network Convenzionato) con la Mutua Diritto E Salute. In questo caso, se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti nel presente piano mutualistico, il Socio non effettua alcun pagamento alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato, al netto di eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili; se il costo delle prestazioni supera i limiti ed i massimali previsti dal Piano Mutualistico, il Socio deve pagare alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato esclusivamente la differenza tra il costo della prestazione e quanto previsto dal presente piano mutualistico, oltre eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili.
- **Forma "Indiretta"**: il Socio invia le ricevute che attestano le spese sanitarie sostenute presso una qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con la Mutua Diritto E Salute. Qualora ne sussistano i presupposti, il Socio riceverà il rimborso delle predette spese (nei limiti e nei massimali previsti nel presente piano mutualistico,) mediante bonifico bancario, per il tramite della Mutua Diritto E Salute;

Di seguito sono descritte le specifiche:

Scelta della struttura sanitaria e della equipe medico/chirurgica di fiducia

Il Socio individua la struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate tramite il sito www.myassistance.it oppure, se in possesso delle credenziali (login e password), entrando nella area riservata tramite il sito: <https://app.myassistance.eu> oppure contattando:

LA CENTRALE OPERATIVA
attiva dal lunedì al venerdì (feriali) dalle 8.30 alle 18.00 ai seguenti numeri telefonici:
Numero: +39 02 303500040

In caso di intervento chirurgico, la Centrale Operativa verifica presso la struttura sanitaria che anche l'equipe medica/chirurgica sia

convenzionata e che la prestazione richiesta sia indennizzabile a termini del presente piano mutualistico.

Qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dal Socio all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Mutua Diritto E Salute secondo quanto previsto dal presente piano mutualistico, (C.d. Forma Mista come da definizione riportata)

- **Forma "Diretta":** richiesta di prestazione in forma diretta

Prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno:

- 3 giorni lavorativi in caso di Ricovero Ospedaliero
- 2 giorni lavorativi per le ulteriori prestazioni

(salvo i casi di comprovata urgenza) il Socio deve sempre contattare la centrale operativa inviando:

via email a: sinistri.mutuades@myassistance.it o via fax al n. +39 02 871.819.75

la prescrizione del medico, indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta, la data di insorgenza, la prestazione richiesta, e l'indicazione del Centro Sanitario prescelto, del giorno e dell'ora dell'appuntamento. Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che il Socio acceda agli operatori sanitari esclusivamente contattando la centrale operativa, in mancanza del quale il servizio non è operante.

La Centrale Operativa provvederà alla raccolta di tutte le informazioni indispensabili per la gestione della richiesta richiedendo altresì, se necessario, l'invio di documentazione medica utile alla corretta valutazione del caso. Dopo aver effettuato le opportune verifiche, comunicherà al Socio la conferma dell'avvenuta autorizzazione all'Assistenza Diretta e presa in carico.

Successivamente provvederà all'invio del documento di presa in carico al Centro Sanitario interessato, con copia al Socio. Il Socio si recherà quindi all'appuntamento pagando il costo previsto a suo carico, mentre la restante parte verrà saldata dalla Compagnia direttamente al Centro Sanitario.

Qualora non fosse possibile autorizzare l'Assistenza Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, la Centrale Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali oppure, negare l'autorizzazione all'Assistenza Diretta.

- **Forma "Indiretta"** Per richiedere alla Mutua Diritto E Salute il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dal presente piano mutualistico, il Socio potrà procedere in modalità digitale o inviando la necessaria documentazione all'indirizzo mail: sinistri.mutuades@myassistance.it

Relativamente alla modalità digitale, il Socio dovrà accedere alla propria **area riservata** sul portale web di MyAssistance.

Le richieste acquisite perverranno direttamente alla Mutua Diritto E Salute che procederà alla valutazione o alla richiesta di ulteriori informazioni/documentazione per procedere ai rimborsi dovuti secondo le condizioni di Polizza.

Il rimborso delle spese avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate dal Socio.

Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite nel Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

In caso di ricovero a completo carico del SSN, il Socio potrà richiedere, in alternativa al rimborso, l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Isritto dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale.

Art.4.2 Pagamento dell'indennizzo e Richiesta di rimborso tramite upload

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, entro 30 giorni dalla data di presentazione della documentazione completa richiesta dalla Mutua Diritto E Salute.

Il pagamento delle richieste di rimborso avverrà solo tramite bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN fornite dal Socio.

Le liquidazioni dei danni vengono 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, valore di cambio ricavato dalla quotazione della BCE.

Il Socio, in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine il Socio dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.myassistance.it o in alternativa all'indirizzo mail sinistri.mutuades@myassistance.it

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

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

Art.4.3 Collegio Medico

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a confermare, con scrittura privata, mandato di decidere se e in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni del presente piano mutualistico, in prima istanza tra due medici nominati uno per parte e in mancanza di accordo, a un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte e il terzo dalle parti in comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio medico risiede, presso la Direzione della Mutua Diritto E Salute. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 5 - CHECK UP CLINICO - (Valido solo se espressamente richiamato sul certificato)

La Mutua Diritto E Salute per il tramite della Centrale Operativa (My Assistance) mette a disposizione del Socio, con possibile estensione al coniuge/convivente (vedi definizione), un servizio di convenzionamento diretto per le prestazioni indicate nella scheda riepilogativa da effettuarsi, dopo 180 giorni, presso strutture sanitarie convenzionate.

Qualora il Socio decida di avvalersi delle strutture sanitarie convenzionate, è sollevato (fatto salvo per l'eventuale importo previsto nel presente piano mutualistico, come franchigia a suo carico) da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese, per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini del presente piano mutualistico. Le prestazioni sono previste una volta l'anno.

DONNA	
Fino a 40 anni	Oltre i 40 anni
Prestazioni mediche: <ul style="list-style-type: none"> - Visita cardiologica; - Pap test; 	Prestazioni mediche: <ul style="list-style-type: none"> - Pap test; - Mammografia bilaterale;
Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Emocromo completo; - Azotemia; - Creatininemia, Glicemia; - Bilirubina frazionata; - GOT, GPT; - Sodio, Potassio, Cloro; - LDH, VES, HDL; - Colesterolo totale; - Trigliceridi; - Protidogramma elettroforetico; - Esame urine complete; 	Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Emocromo completo; - Azotemia; - Creatininemia, Glicemia; - Bilirubina frazionata; - GOT, GPT; - Sodio, Potassio, Cloro; - LDH, VES, HDL; - Colesterolo totale; - Trigliceridi; - Protidogramma elettroforetico; - Esame urine complete; - Ricerca sangue occulto nelle feci;
Valore Prestazione	
€. 145,00	€. 185,00

UOMO	
Fino a 40 anni	Oltre i 40 anni
Prestazioni mediche: <ul style="list-style-type: none"> - Visita cardiologica; - Elettrocardiogramma; 	Prestazioni mediche: <ul style="list-style-type: none"> - Visita cardiologica; - Elettrocardiogramma;
Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Emocromo completo; - Azotemia; - Creatininemia, Glicemia; - Bilirubina frazionata; - GOT, GPT; - Sodio, Potassio, Cloro; - LDH, VES, HDL; - Colesterolo totale; - Trigliceridi; - Protidogramma elettroforetico; - Esame urine complete; 	Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Emocromo completo; - Azotemia; - Creatininemia, Glicemia; - Bilirubina frazionata; - GOT, GPT; - Sodio, Potassio, Cloro; - LDH, VES, HDL; - Colesterolo totale; - Trigliceridi; - Protidogramma elettroforetico; - Esame urine complete; - Ricerca sangue occulto nelle feci; - PSA;
Valore Prestazione	
€. 160,00	€. 185,00

Art. 6 - Prestazioni previste con l'adesione al piano mutualistico erogato dalla Mutua Diritto E Salute di Mutuo Soccorso Diritto in caso di PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA (Valida solo se espressamente richiamata sul certificato)

Art. 6.1 Oggetto della garanzia

Oggetto della presente sezione è la garanzia contro il rischio di non autosufficienza a seguito di infortunio, malattia grave o longevità. A seguito del verificarsi dello stato di non autosufficienza, al Socio verrà riconosciuta un'indennità forfettaria mensile pari ad Euro 1.000,00.

L'indennità forfettaria erogata al Socio (valida unicamente per il Socio capo famiglia) verrà prestata per la durata della non autosufficienza con un limite temporale massimo di 3 anni; oltre il suddetto termine null'altro potrà essere riconosciuto al Socio. Ai sensi della presente garanzia, è considerato lo stato di non autosufficienza il Socio che, a causa di una malattia, di infortunio o per longevità, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 4 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate nel successivo art. 6.2, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Ai sensi del presente piano mutualistico, è considerato in stato di non autosufficienza il Socio affetto da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici (test MMS di Folstein con punteggio inferiore a 15), tali da giustificare l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

Art. 6.2 Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)

Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) si intendono:

Lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale senza l'assistenza di una terza persona.

Nutrirsi: capacità di mangiare e bere, senza l'assistenza di una terza persona.

Muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi senza l'assistenza di una terza persona. Vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti senza l'assistenza di una terza persona.

Art. 6.3 Garanzia prestata

A seguito del riconoscimento dello stato di non autosufficienza il Socio avrà diritto ad un risarcimento sotto forma di indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata, che andrà a compensare, nella misura determinata in via preventiva dal Socio all'atto di sottoscrizione del presente piano mutualistico, i costi di assistenza che lo stesso dovrà sopportare a seguito dello stato di non autosufficienza.

Il pagamento dell'indennità prevista nel piano viene interrotta qualora il Socio recuperi lo stato di autosufficienza.

Art. 6.4 Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche – al di fuori dei regolamenti sportivi – e alle relative prove e dalla pratica, anche a livello non professionale, dei seguenti sport: sci con salti dal trampolino, bobsleigh, guidoslitta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, scalate di roccia e ghiacciaio, immersioni con ARA e speleologia, rugby, football americano;
- da stato di ubriachezza accertata, come da Codice della Strada;
- Incidente di volo, se il Socio viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio;
- alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, tentativo di suicidio, mutilazione, contaminazione radioattiva;
- omissione o falsa dichiarazione del Socio;
- patologie di ordine fisiche diverse da quelle organiche (psicosi, nevrosi, sindrome ansio- depressive...ecc.); Sono inoltre escluse le conseguenze di:
 - atti compiuti o tentati dal Socio e/o dal Contraente con dolo o colpa grave;
 - partecipazione attiva del Socio a delitti dolosi;
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapeutiche;
 - partecipazione attiva del Socio a guerre, insurrezioni, sommosse, atti di terrorismo.

Art. 6.5 Limite d'età – Persone che non possono accedere ai piani mutualistico per la perdita dell'autosufficienza.

Possono essere inseriti in copertura solo i soggetti che abbiano un'età compresa tra i 18 e i 74 anni.

E' data facoltà di mantenere attivo il piano mutualistico fino al compimento del settantacinquesimo anno di età. Per età si deve intendere l'età espressa in anni compiuti eventualmente aumentata di uno se, al momento dell'adesione, sono trascorsi sei mesi o più dall'ultimo compleanno.

Non possono accedere al presente piano mutualistico le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, delirium tremens, alcoolismo e il Piano Mutualistico cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile. Non possono accedere al presente piano mutualistico le persone che al momento della stipula del Contratto abbiano già riconosciuta un'invalidità permanente di grado superiore al 50% o sia già stata avanzata richiesta di riconoscimento della stessa. Non possono accedere al presente piano mutualistico le persone che al momento della stipulazione del Piano Mutualistico siano già in condizione di non autosufficienza o che non possono compiere autonomamente almeno uno dei quattro atti della vita quotidiana, come specificati nell'art. 6.2 "Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)".

Art. 6.6 Periodo di carenza

La garanzia decorre:

- A) Dalla data di decorrenza del Piano Mutualistico nel caso di non autosufficienza conseguente a infortunio;
- B) Dopo sei mesi dalla data di decorrenza del Piano Mutualistico nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da quelle specificate ai precedenti punti A.

Art. 6.7 Rinvio alle Condizioni Generali del piano mutualistico

Per tutto quanto non regolato dal presente capitolo, valgono - sempreché compatibili - le condizioni generali del presente piano mutualistico

Art. 6.8 Denuncia del danno e obblighi del Socio

La denuncia del caso deve essere presentata alla Mutua Diritto E Salute o al Broker affidatario del contratto entro 20 giorni da quando il Socio ne ha avuto conoscenza mediante PEC e lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia. Il Socio deve inoltre produrre copia della cartella clinica. La documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o presunta diagnosi. Il Socio, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire la visita di medici della Mutua Diritto E Salute e/o dalla Compagnia Assicuratrice sottostante e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato il Socio stesso; devono altresì provvedere alla presentazione della documentazione utile richiesta dalla Mutua Diritto E Salute. Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste sono a carico del Socio. Colui che richiede l'indennizzo deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto. Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, il Socio perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Mutua Diritto E Salute ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 6.9 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Terminata la fase istruttoria – volta a stabilire lo stato di non autosufficienza del Socio - la Mutua Diritto E Salute, provvederà a formalizzare per iscritto al Socio, o alla persona che lo rappresenta, il riconoscimento o meno della garanzia. La Mutua Diritto E salute, anche tramite la Compagnia Assicuratrice sottostante, ha sempre il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico. Nel caso di rifiuto del

riconoscimento dello stato di non autosufficienza, ogni nuova richiesta formulata dal Socio dovrà essere effettuata non prima del termine di un minimo di tre mesi a decorrere dalla data di notifica del rifiuto, con riserva di presentare nuovi elementi attestanti lo stato di non autosufficienza.

Art. 6.10 Erogazione delle prestazioni

La garanzia prestata - ossia l'indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata - verrà erogata al Socio trascorsi 90 giorni dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza. L'indennità forfettaria mensile sarà corrisposta per il periodo massimo di tre anni. La Mutua Diritto e Salute, anche tramite la Compagnia Assicuratrice sottostante ed unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza, richiederà al Socio o al suo rappresentante, le coordinate bancarie sulle quale procedere al pagamento di quanto dovuto.

Art. 6.11 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

Mutua Diritto E Salute si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, anche successivamente all'accertamento dello stato di non autosufficienza, a un controllo dello stato di salute del Socio. In caso di rifiuto del Socio di sottoporsi ai controlli necessari o di fornire la documentazione richiesta, il pagamento della indennità forfettaria mensile è sospeso.

In ogni caso, se il Socio non ha più i requisiti per il riconoscimento della prestazione, l'erogazione della indennità forfettaria mensile viene sospesa dal momento in cui si ritiene che la non autosufficienza sia stata recuperata.

Il Socio deve sempre comunicare alla Mutua Diritto E Salute l'eventuale recupero della sua autonomia.

Ogni dodici (12) mesi il Socio (o familiare incaricato) sarà tenuto a indirizzare alla Mutua Diritto E Salute un documento che attesti l'esistenza in vita del Socio. In caso di decesso del Socio, i suoi eredi e/o aventi diritti sono tenuti a comunicarlo alla Mutua Diritto E Salute entro i trenta giorni dalla data di decesso. In ogni caso dovranno esser restituiti alla Mutua Diritto E Salute eventuali indennizzi indebitamente ricevuti.

Art. 6.12 Beneficiario della prestazione prevista dal piano mutualistico

Il beneficiario della prestazione prevista dal piano mutualistico è il solo Socio

Art. 7 – Prestazioni previste con l'adesione al piano mutualistico erogato dalla Mutua Diritto E Salute – GARANZIE AGGIUNTIVE (SEMPRE OPERANTI)

La Mutua Diritto e Salute si impegna a corrispondere, anche tramite copertura assicurativa sottostante le seguenti prestazioni:

Art. 7.1 - Spese Dentarie ed Odontostomatologiche da Infortuni Indennizzabili (AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PREVISTO ALL'ART. 2.2. SPESE RIMBORSABILI – PUNTO B.7 CURE DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO)

Nei limiti delle Esclusioni e delle somme indicate in Contratto, la seguente prestazione è erogata per gli Infortuni che il Socio subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali e delle occupazioni extraprofessionali. A titolo esemplificativo e non limitativo, la garanzia rischio in itinere viene compresa durante l'esercizio delle occupazioni professionali; pertanto anche gli infortuni che avvengono durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, con l'uso dei mezzi di locomozione previsti dal Decreto Legislativo n° 38/2000, rientrano nell'ambito del rischio professionale.

Sono considerati infortuni indennizzabili ai sensi del presente Contratto gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna, che producano lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la necessità di sostenere spese dentarie ed odontostomatologiche documentate.

Sono considerati infortuni indennizzabili ai sensi della presente Contratto anche:

- a. L'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
- b. Gli avvelenamenti o intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze in genere;
- c. Le infezioni od avvelenamenti da morsi o punture in genere;
- d. L'annegamento;
- e. L'assideramento o congelamento;
- f. La folgorazione;
- g. I colpi di sole, di calore o di freddo;
- h. Le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
- i. Le ernie addominali traumatiche con le limitazioni di cui all'art. 1.7 del presente capitolo;
- j. Le forze della natura (quali ad esempio fulmine, grandine, tempeste di vento) compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, valanghe e slavine.
- k. Le ustioni prodotte da fiamma o da liquidi e/o corpi incandescenti e/o surriscaldati
- l. Il rischio in Itinere durante l'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in Contratto.
- m. Sono altresì compresi in garanzia gli infortuni derivanti al Socio:
- n. Dalla pratica non professionale di qualsiasi sport;
- o. Per scariche elettriche e da contatto con corrosivi;

- p. Durante la guida di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata a condizione che il Socio sia abilitato a norma delle disposizioni di legge;
- q. Durante scalate di rocce ed accesso a ghiacciai fino al 3° grado, oltre purché non in solitaria;
- r. Per imperizie, negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;
- s. Rapine, tentate rapine, estorsioni, attentati, tentativi di sequestro, sequestri, tumulti popolari, atti di vandalismo, atti violenti od aggressioni in genere e terrorismo
- t. Azioni di dirottamento o di pirateria aerea
- u. Per legittima difesa o di atti di solidarietà;
- v. Conseguenze di irradiazioni rese necessarie da infortunio in garanzia

Art. 7.2 Prestazioni assicurate

La somma messa a disposizione del singolo Socio e del proprio nucleo familiare è pari ad € 1.000,00 per il periodo di validità del contratto

Le garanzie di cui al presente contratto sono prestate in favore del Socio che risulta stabilmente residente in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano o che si reca all'estero per ragioni di lavoro o diporto.

Art. 7.3 Esclusioni

Sono esclusi dal presente Contratto gli infortuni e le malattie derivanti:

- a. Da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- b. Da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Socio (il Socio);
- c. Dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- d. Da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e. Da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- f. Dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- g. Da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h. Da attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore;
- i. Dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- j. Dalla guida di veicoli o di natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora il Socio sia in grado di dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo.

Art. 7.4 Oggetto del Contratto – Sussidio agli Eredi in caso di morte del Socio a seguito di infortunio

Nei limiti delle Esclusioni e delle somme indicate in Contratto all'art. 1.2, il presente Contratto è prestatato per il caso della morte a seguito di Infortunio che il Socio subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali e delle occupazioni extraprofessionali. A titolo esemplificativo e non limitativo, la garanzia rischio in itinere viene compresa durante l'esercizio delle occupazioni professionali; pertanto anche gli infortuni che avvengono durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, con l'uso dei mezzi di locomozione previsti dal Decreto Legislativo n° 38/2000, rientrano nell'ambito del rischio professionale.

Sono considerati infortuni ai sensi del presente Contratto gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna, che producano lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte del Socio.

Sono considerati infortuni indennizzabili ai sensi della presente Contratto anche:

- a. L'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
- b. Gli avvelenamenti o intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze in genere;
- c. Le infezioni od avvelenamenti da morsi o punture in genere;
- d. L'annegamento;
- e. L'assideramento o congelamento;
- f. La folgorazione;
- g. I colpi di sole, di calore o di freddo;
- h. Le forze della natura (quali ad esempio fulmine, grandine, tempeste di vento) compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, valanghe e slavine.
- i. Le ustioni prodotte da fiamma o da liquidi e/o corpi incandescenti e/o surriscaldati
- j. Il rischio in Itinere durante l'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in Contratto.
- k. Sono altresì compresi in garanzia gli infortuni derivanti al Socio:
- l. Dalla pratica non professionale di qualsiasi sport;
- m. Per scariche elettriche e da contatto con corrosivi;

- n. Durante la guida di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata a condizione che l'Socio (il Socio) sia abilitato a norma delle disposizioni di legge;
- o. Durante scalate di rocce ed accesso a ghiacciai fino al 3° grado, oltre purché non in solitaria;
- p. Per imperizie, negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;
- q. Rapine, tentate rapine, estorsioni, attentati, tentativi di sequestro, sequestri, tumulti popolari, atti di vandalismo, atti violenti od aggressioni in genere e terrorismo
- r. Azioni di dirottamento o di pirateria aerea
- s. Per legittima difesa o di atti di solidarietà;
- t. Conseguenze di irradiazioni rese necessarie da infortunio in garanzia

Art. 7.5 Prestazioni assicurate

Il sussidio previsto a favore degli Eredi a seguito di morte da infortunio è pari ad € 1.000,00 per il periodo di validità del contratto

Le garanzie di cui al presente contratto sono prestate in favore del Socio che risulta stabilmente residente in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano o che si reca all'estero per ragioni di lavoro o diporto.

Art. 7.6 Esclusioni

Sono esclusi dal presente Contratto gli infortuni derivanti:

- a. Da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- b. Da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Socio (il Socio);
- c. Dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- d. Da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e. Da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- f. Dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- g. Da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h. Da attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore;
- i. Dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- j. Dalla guida di veicoli o di natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora l'Socio (il Socio) sia in grado di dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo.

GLOSSARIO

Aborto spontaneo:	interruzione della gravidanza indipendente dalla volontà della madre per cause genetiche, cromosomiche, immunologiche, traumatiche, anomalie uterine, cause materne generali qualia titolo esemplificativo, ma non esaustivo, patologie come diabete e ipertensione.
Aborto terapeutico:	interruzione della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.
Accertamento diagnostico:	Prestazione diagnostica atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
Ambulatorio:	struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico-chirurgiche, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Assistenza diretta/pagamento diretto:	modalità di erogazione della Prestazione, che presuppone l'utilizzo del Network Sanitario Convenzionato e l'autorizzazione da parte di MyAssistance, con conseguente accollo da parte di Mutua Diritto e Salute dei costi delle prestazioni entro i massimali/limiti e con le modalità previste dal Piano Mutualistico.
Assistenza indiretta/pagamento indiretto:	modalità di liquidazione delle prestazioni da parte della Società con rimborso all'Assicurato entro i massimali/limiti e con le modalità previste dal Piano Mutualistico.
Assistenza Infermieristica:	l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specializzazione
Assistito/Socio:	Persona fisica che si associa a MUTUA DIRITTO E SALUTE e che risulta stabilmente residente in Italia o che si reca all'estero per non più di 100 giorni all'anno continuativi.
Carenza (o termine di aspettativa):	il periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale il piano mutualistico per le prestazioni indicate non è operante e pertanto non possono essere autorizzate prestazioni dirette né rimborsate le spese sostenute.
Cartella Clinica:	documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).
Case di Cura e medici Convenzionati (Network Sanitario Convenzionato):	strutture sanitarie e medici convenzionati con My Assistance ai quali il Socio potrà rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite nel piano nonché previste dalle convenzioni stesse, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente in assistenza diretta. Qualora i medici non fossero convenzionati il Socio è tenuto ad anticipare gli onorari dei medici da lui scelti anche se le prestazioni sono state fornite in una Casa di Cura Convenzionata.
Casa di cura e medici non convenzionati:	le strutture sanitarie e medici diversi da quelli convenzionati con MyAssistance, alle quali il Socio potrà comunque rivolgersi, senza però poter usufruire del servizio di pagamento diretto da parte della Società alla Casa di Cura, delle prestazioni che saranno rimborsate all'Assicurato nei limiti e con le modalità previste dal piano mutualistico.
Centrale Operativa:	struttura operativa coordinata da Mutua Diritto e Salute deputata alla gestione delle informazioni relative ai trattamenti ed alle prestazioni previste dal piano, al collegamento col Network ed al supporto del Socio.
Convalescenza:	il periodo di tempo successivo ad un ricovero, prescritto dai medici che hanno curato il Socio, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale il Socio è costretto al riposo assoluto.
Day Hospital:	degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata, documentata da cartella clinica.
Day Surgery:	normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite e/o derivante da anomalia congenita.
Documentazione sanitaria:	cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).
Evento:	tutte le alterazioni dello stato di salute ricollegabili ad una stessa causa. Se però l'alterazione si ripresenta dopo un periodo di almeno 120 giorni senza prestazione di cure, questa dovrà essere considerata come un nuovo evento, anche se riconducibile alla stessa causa.
Franchigia:	la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico del Socio.
Garanzia:	prestazione effettuata dalla Mutua Diritto e Salute in caso di sinistro.
Indennità giornaliera:	indennizzo forfettario giornaliero corrisposto al Socio sia in caso di ricovero in regime SSN che privato.
Indennità sostitutiva:	indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.
Indennizzo:	somma dovuta dalla Mutua Diritto e Salute in caso di sinistro risarcibile a termini di contratto.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico:	Atto terapeutico o diagnostico, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee

Intervento chirurgico Ambulatoriale:	apparecchiature ad essi alternativi (ad es. diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica), con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di farmaci.
Istituto di Cura:	intervento di chirurgia effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermo coagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.
Lungodegenze:	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza o lungodegenza e di soggiorno.
Malattia:	ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in Istituti di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
Malattia mentale:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.
Malattia mentale:	tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).
Malattia Progressiva o Preesistente:	situazione patologica cronica/recidivante, diagnosticata antecedentemente la data di sottoscrizione del Piano Mutualistico.
Malattia terminale:	malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza che comporta per l'iscritto la non autosufficienza, l'incapacità a mantenere una vita indipendente, od anche a svolgere le comuni attività quotidiane.
Malformazione o Difetto fisico:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o acquisite.
Massimale:	somma massima indennizzabile annualmente per uno o più indennizzi nel corso dello stesso anno di durata del contratto.
Medicina alternativa o complementare:	le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omeopatia, osteopatia e chiropratica).
MyAssistance:	la Società di servizi che gestisce il servizio di assistenza ai Soci e provvede, per conto di Mutua Diritto e Salute, al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurgici convenzionati, oppure al rimborso ai Soci. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurgici convenzionati.
Network/Rete:	Rete sanitaria convenzionata con Mutua Diritto e Salute, costituita da ospedali e istituti di carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici e poliambulatori, nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse nelle forme: Diretta, Indiretta e mista.
Nucleo	Il Socio capo nucleo, il coniuge, la persona unita civilmente, nonché il convivente legato da vincolo affettivo (anche dello stesso sesso); I figli con il limite di 30 anni di età, sia fiscalmente non a carico purché regolarmente iscritti in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia o diresidenza, che i figli fiscalmente a carico, anche se momentaneamente non conviventi con il Socio capo nucleo per motivi di studio. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli legalmente affidati o affiliati, o, se vi è l'obbligo di mantenimento, di altri familiari purché risultanti dallo stato di famiglia. E' inoltre possibile garantire anche i coniugi legalmente separati o divorziati, purché vi sia l'obbligo di copertura assicurativa (con sentenza del giudice); in tale circostanza non è ammessa la copertura nei confronti della persona convivente. Si intendono inclusi in copertura, senza alcun limite di età, i figli fiscalmente a carico secondo le vigenti leggi in materia, i quali si trovino per infermità fisica o mentale nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro.
Quadro sinottico:	Schema riassuntivo delle garanzie prestate.
Questionario Sanitario:	il documento, sottoscritto dal Socio che descrive lo stato di salute dello stesso e che forma parte integrante del Piano Mutualistico.
Ricovero:	degenza dovuta a patologia comportante necessità di pernottamento in Istituto di Cura.
Ricovero improprio:	la degenza, con o senza pernottamento, in Istituto di cura che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non venga praticata alcuna terapia riconducibile al quadro clinico stesso e/o vengano eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale.
Rischio:	probabilità che si verifichi un sinistro.
Scoperto:	la parte delle spese sostenute, determinate in percentuale, che rimane a carico del Socio.
Sinistro:	l'evento dannoso per cui sono erogate le prestazioni sanitarie previste dal piano mutualistico.
Sub-massimale:	limite di spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle condizioni del piano mutualistico, per ciascun anno di durata del contratto e nell'ambito dei massimali previsti e al netto degli scoperti e/o franchigie indicate nel quadro sinottico prescelto, per la quale la Mutua Diritto e Salute presta le garanzie.
Termini di aspettativa:	periodo di tempo durante il quale le prestazioni/garanzie non sono efficaci.
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi:	prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da Medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle

funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dal presente Piano Mutualistico dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da Medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

Visita specialistica:

la visita viene effettuata da Medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da Medici praticanti le medicine alternative. È esclusa la specializzazione in Medicina Generale e le visite Pediatriche di controllo

ALLEGATO II

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cardiochirurgia	
	BYPASS AORTO CORONARICI MULTIPLI (C.E.C.)
	BYPASS AORTO CORONARICO SINGOLO (C.E.C.)
	CARDIOCHIRURGIA A CUORE APERTO, IN ETÀ ADULTA O NEONATALE, COMPRESI ANEURISMI O SOSTITUZIONI VALVOLARI MULTIPLE O SOSTITUZIONE AORTICA O PLASTICA DELL'AORTA (C.E.C.), SALVO GLI INTERVENTI SPECIFICATI
	COMMISUROTOMIA PER STENOSI MITRALICA
	FERITE O CORPI ESTRANEI O TUMORI DEL CUORE O PER TAMPONAMENTO, INTERVENTI PER
	FISTOLE ARTEROVENOSE DEL POLMONE, INTERVENTI PER
	MASSAGGIO CARDIACO INTERNO
	PERICARDIECTOMIA PARZIALE
	PERICARDIECTOMIA TOTALE
	REINTERVENTO CON RIPRISTINO DI C.E.C.
	SEZIONE O LEGATURA DEL DOTTO ARTERIOSO DI BOTALLO
	SOSTITUZIONE VALVOLARE IN HEART PORT
	SOSTITUZIONE VALVOLARE SINGOLA (C.E.C.)
	SOSTITUZIONI VALVOLARI CON BY-PASS AORTO CORONARICI (C.E.C.)
	TRAPIANTO CARDIACO (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	VALVULOPLASTICA CARDIOCHIRURGICA
Cardiologia interventistica	
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASO SINGOLO CON O SENZA TROMBOLISI COMPRESIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASI MULTIPLI CON O SENZA TROMBOLISI COMPRESIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
Chirurgia della mammella	
<i>Per gli interventi di chirurgia demolitiva è compresa la ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). L'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria è riconosciuto solo a seguito di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	MASTECTOMIA RADICALE, QUALSIASI TECNICA, CON LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	MASTECTOMIA SEMPLICE TOTALE CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE
	MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO), SENZA ALTRE LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA SENZA LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	TUMORECTOMIA O QUADRANTECTOMIA CON RESEZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
Chirurgia generale	
Interventi chirurgici minori	
<i>Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali.</i>	
<i>Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali.</i>	
<i>Tumori profondi extracavitari: tumore del muscolo scheletrico, tumore o lesione similtumorale fibrosa.</i>	
	TUMORE PROFONDO MALIGNO TRONCO/ARTI, ASPORTAZIONE DI
Collo	
	PARATIROIDI - TRATTAMENTO COMPLETO, INTERVENTO SULLE
	PARATIROIDI, REINTERVENTI
	TIROIDECTOMIA TOTALE, O TOTALIZZAZIONE DI TIROIDECTOMIA, QUALSIASI VIA DI ACCESSO, SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER GOZZO MEDIASTINICO, INTERVENTO PER
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL COLLO, ASPORTAZIONE DI (ESCLUSO I CASI DESCRITTI)
Esofago	
	DIVERTICOLI DELL'ESOFAGO CERVICALE (COMPRESA MIOTOMIA), INTERVENTO PER

	ESOFAGECTOMIA TOTALE CON ESOFAGOPLASTICA, IN UN TEMPO, COMPRESA LINFOADENECTOMIA
	ESOFAGO CERVICALE, RESEZIONE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA
	ESOFAGO, RESEZIONE PARZIALE DELL' , CON ESOFAGOSTOMIA
	ESOFAGO-GASTRECTOMIA TOTALE, PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	MEGAESOFAGO, INTERVENTO PER
	MEGAESOFAGO, REINTERVENTO PER
	VARICI ESOFAGEE: INTERVENTO TRANSTORACICO O ADDOMINALE
Stomaco - Duodeno	
	FISTOLA GASTRO-DIGIUNO-COLICA, INTERVENTO PER
	GASTRECTOMIA PARZIALE O SUBTOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)
	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ANCHE ESTESA
	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ESTESA CON SPLENOPANCREASECTOMIA SINISTRA ASSOCIATA
	GASTRECTOMIA TOTALE PER PATOLOGIA BENIGNA
	RESEZIONE GASTRO DUODENALE
	RESEZIONE GASTRO-DIGIUNALE PER ULCERA PEPTICA ANASTOMOTICA
	VARICI GASTRICHE (EMOSTASI CHIRURGICA)
Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano	
	<i>Trattamenti terapeutici iniettivi: trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali e trattamento con sclerosanti per le emorroidi.</i>
	AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE SEC. MILES, TRATTAMENTO COMPLETO
	ANO PRETERNATURALE, CHIUSURA, RICOSTRUZIONE CONTINUITÀ
	ANOPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)
	BY-PASS GASTRO INTESTINALI O INTESTINALI PER PATOLOGIE MALIGNHE
	COLECTOMIA SEGMENTARIA CON LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLOSTOMIA
	COLECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	COLECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	EMICOLECTOMIA DESTRA CON LINFOADENECTOMIE
	EMICOLECTOMIA SINISTRA CON LINFOADENECTOMIE ED EVENTUALE COLOSTOMIA (HARTMANN ED ALTRE)
	MEGACOLON, INTERVENTO PER
	MEGACOLON: COLOSTOMIA
	PROCTO-COLECTOMIA TOTALE CON POUCH ILEALE
	RESEZIONE DEL SIGMA-RETTO PER PATOLOGIA MALIGNA CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	RESEZIONE RETTO-COLICA ANTERIORE (ANCHE ULTRA BASSA) COMPRESA LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLONSTOMIA
	RETTO, AMPUTAZIONE DEL, PER NEOPLASIA DELL'ANO, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA INGUINALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL RETTO, PER VIA TRANS-ANALE O CON MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANS-ANALE (TEM), ASPORTAZIONE DI
Peritoneo	
	OCCLUSIONE INTESTINALE CON RESEZIONE
Fegato e vie biliari	
	ANASTOMOSI PORTO-CAVA O SPLENO-RENALE O MESENTERICA-CAVA
	COLECISTOSTOMIA PER NEOPLASIE NON RESECABILI
	COLEDOCO/EPATICO/DIGIUNO/DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DIGIUNOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	DEARTERIALIZZAZIONE EPATICA, CON O SENZA CHEMIOTERAPIA
	DECONNESSIONE AZYGOS-PORTALE PER VIA ADDOMINALE
	PAPILLA DI VATER, EXERESI
	PAPILLA DI VATER, AMPULLECTOMIA PER CANCRO CON REIMPIANTO DEL DOTTO DI WIRSUNG E COLEDOCO
	RESEZIONI EPATICHE MAGGIORI
	RESEZIONI EPATICHE MINORI
	TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DI TUMORI EPATICI, QUALSIASI VIA DI ACCESSO
	TRAPIANTO DI FEGATO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Pancreas - Milza	
	CEFALO DUODENO PANCREASECTOMIA COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	DERIVAZIONI PANCREATICO-WIRSUNG DIGESTIVE
	NEOPLASIE DEL PANCREAS ENDOCRINO, INTERVENTI PER
	PANCREATECTOMIA SINISTRA COMPRESA SPLENECTOMIA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	PANCREATECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)

	SPLENECTOMIA
	TRAPIANTO DI PANCREAS (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Chirurgia oro-maxillo-facciale	
	FRATTURA ZIGOMO, ORBITA, TERAPIA CHIRURGICA PER
	FRATTURE DEI MASCELLARI, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DEL SENO FRONTALE, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DELLA MANDIBOLA E DEL CONDILO, TERAPIA CHIRURGICA DELLE (COMPRESA L'EVENTUALE FISSAZIONE CON FERULE)
	FRATTURE MANDIBOLARI, RIDUZIONE CON FERULE
	GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE PER NEOPLASIE MALIGNI, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE FUNZIONALE O RADICALE
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE
	MALFORMAZIONI DENTO-MAXILLO-FACCIALI DELLA MANDIBOLA E DELLA MASCELLA (PROGENISMO, MICROGENIA, PROGNETISMO, MICROGNATIA, LATERODEVIAZIONI MANDIBOLARI, ETC.), COMPRESA MENTOPLASTICA SUL MASCELLARE SUPERIORE O SULLA MANDIBOLA
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE, RESEZIONE DEL
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE, RESEZIONE DEL
	MASSICCIO FACCIALE, OPERAZIONE DEMOLITRICE PER TUMORI CON SVUOTAMENTO ORBITARIO
	NEOPLASIE MALIGNI DEL LABBRO/GUANCIA CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNI DEL LABBRO/GUANCIA SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNI LIMITATE DEL LABBRO O DEI TESSUTI MOLLI DELLA CAVITÀ ORALE, ASPORTAZIONE DI
	PARALISI DINAMICA O STATICA DEL NERVO FACCIALE, PLASTICA PER
	PAROTIDECTOMIA PARZIALE CON EVENTUALE RISPARMIO DEL NERVO FACCIALE
	PAROTIDECTOMIA TOTALE O SUB-TOTALE
Chirurgia pediatrica	
	ASPORTAZIONE TUMORE DI WILMS
	ATRESIA DELL'ANO CON FISTOLA RETTO-URETRALE, RETTO-VULVARE: ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE
	ATRESIA DELL'ANO SEMPLICE: ABBASSAMENTO ADDOMINO-PERINEALE
	ESOFAGO, ATRESIA O FISTOLE CONGENITE DELL'
	FISTOLA E CISTI DELL'OMBELICO: DAL CANALE ONFALOMESENTERICO CON RESEZIONE INTESTINALE
Chirurgia plastica ricostruttiva	
<i>Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali; Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	APLASIA DELLA VAGINA, RICOSTRUZIONE PER
	INTERVENTO DI PUSH-BACK E FARINGOPLASTICA
	MALFORMAZIONI COMPLESSE DELLE MANI E DEI PIEDI
	STATI INTERSESSUALI, CHIRURGIA DEGLI
	TRASFERIMENTO DI LEMBO LIBERO MICROVASCOLARE
Chirurgia toraco-polmonare	
	BILOBECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	DECORTICAZIONE PLEURO POLMONARE, INTERVENTO DI
	FERITA TORACO-ADDOMINALE CON LESIONI VISCERALI
	FISTOLE DEL MONCONE BRONCHIALE DOPO EXERESI O INTERVENTI ASSIMILABILI, INTERVENTO PER
	FISTOLE ESOFAGO-BRONCHIALI, INTERVENTI DI
	LINFOADENECTOMIA MEDIASTINICA (COME UNICO INTERVENTO)
	NEOPLASIE MALIGNI COSTE E/O STERNO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNI DEL DIAFRAMMA (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)

	NEOPLASIE MALIGNI DELLA TRACHEA (COMPRESA PLASTICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNI E/O CISTI DEL MEDIASTINO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEURECTOMIE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEUROPNEUMECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA CON RESEZIONE DI TRACHEA E ANASTOMOSI TRACHEO-BRONCHIALE
	RESEZIONE BRONCHIALE CON REIMPIANTO
	RESEZIONE SEGMENTARIA O LOBECTOMIA (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI POLMONARI SEGMENTARIE ATIPICHE SINGOLE O MULTIPLE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI SEGMENTARIE TIPICHE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	TIMECTOMIA
	TORACOPLASTICA, PRIMO TEMPO
	TORACOPLASTICA, SECONDO TEMPO
	TRAPIANTO DI POLMONE (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Chirurgia vascolare	
	ANEURISMI AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA + DISSECAZIONE: RESEZIONE E INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI ARTERIE DISTALI DEGLI ARTI, RESEZIONE E/O INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI, RESEZIONE E INNESTO PROTESICO: ARTERIE ILIACHE, FEMORALI, POPLITEE, OMERALI, ASCELLARI, GLUTEE, ARTERIE VISCERALI E TRONCHI SOVRAORTICI (A CIELO APERTO)
	BY-PASS AORTO-ANONIMA, AORTO-CAROTIDEO, CAROTIDO-SUCCLAVIO
	BY-PASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORALE
	BY-PASS AORTO-RENALE O AORTO-MESENERICO O CELIACO ED EVENTUALE TEA E PLASTICA VASALE
	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI O ANEURISMI DISSECANTI DELL'AORTA TORACICA
	TROMBOENDARTERIECTOMIA E BY-PASS E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDARTERIECTOMIA E PATCH E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDARTERIECTOMIA E INNESTO PROTESICO E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI (QUALSIASI TECNICA)
Ginecologia	
	ISTERECTOMIA RADICALE PER VIA LAPAROTOMICA O VAGINALE CON LINFOADENECTOMIA PELVICA E/O LOMBOAORTICA, COMPRESA PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E/O POSTERIORE
	TUMORI MALIGNI VAGINALI CON LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	TUMORI MALIGNI VAGINALI SENZA LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	VULVECTOMIA PARZIALE CON LINFOADENECTOMIA BILATERALE DIAGNOSTICA DEI LINFONODI INGUINALI SUPERFICIALI, INTERVENTO DI
	VULVECTOMIA RADICALE ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA INGUINALE E PELVICA, INTERVENTO DI
Neurochirurgia	
<i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>	
	ANASTOMOSI VASI INTRA-EXTRA CRANICI
	CERNIERA ATLANTO-OCCIPITALE, INTERVENTO PER MALFORMAZIONI PER VIA ANTERIORE O POSTERIORE
	CORDOTOMIA, RIZOTOMIA E AFFEZIONI MIELORADICOLARI VARIE, INTERVENTI DI
	CRANIOPLASTICA
	CRANIOTOMIA PER EMATOMA EXTRADURALE
	CRANIOTOMIA PER LESIONI TRAUMATICHE INTRACEREBRALI
	CRANIOTOMIA PER TUMORI CEREBELLARI, ANCHE BASALI
	ENCEFALOMENINGOCELE, INTERVENTO PER
	EPILESSIA FOCALE, INTERVENTO PER
	ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE CERVICALE, MIELOPATIE, RADICULOPATIE
	IPOFISI, INTERVENTO PER ADENOMA PER VIA TRANSFENOIDALE
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRA-DURALI EXTRA MIDOLLARI
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRAMIDOLLARI
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA INTRACRANICA (ANEURISMI SACCULARI, ANEURISMI CAROTIDEI, ALTRI ANEURISMI)
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA O ANGIOMATOSA CON COMPRESSIONE RADICOLARE E/O MIDOLLARE
	NEOPLASIE ENDOCRANICHE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE, CORDOTOMIE, RADICOTOMIE ED AFFEZIONI MENINGOMIDOLLARI, INTERVENTO ENDORACHIDEO
	PLESSO BRACHIALE, INTERVENTO SUL
	TRAUMI VERTEBRO-MIDOLLARI VIA ANTERIORE, INTERVENTO PER
	TUMORE ORBITALE, ASPORTAZIONE PER VIA ENDOCRANICA
	TUMORI DELLA BASE CRANICA, INTERVENTO PER VIA TRANSORALE
	TUMORI ORBITARI, INTERVENTO PER

Oculistica	
<i>Escluso qualsiasi intervento finalizzato ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea.</i>	
Cornea	
	TRAPIANTO CORNEALE A TUTTO SPESSORE
	TRAPIANTO CORNEALE LAMELLARE
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI COMBINATA CON APPOSIZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA
Ortopedia e traumatologia	
<i>Articolazioni: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Segmenti ossei: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>	
Interventi cruenti	
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA ANTERIORE O SPONDILOLISTESI
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE E ANTERIORE
	ARTRODESI: GRANDI ARTICOLAZIONI
	ARTRODESI: MEDIE ARTICOLAZIONI
	ARTROPLASTICHE: GRANDI (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: MEDIE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: PICCOLE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPROTESI SPALLA, PARZIALE
	ARTROPROTESI SPALLA, TOTALE
	ARTROPROTESI: ANCA PARZIALE
	ARTROPROTESI: ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA, REVISIONE: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO IN CUI È STATO ESEGUITO IL PRIMO INTERVENTO, COMPRESIVO DELL'INTERVENTO PRINCIPALE DI ARTROPROTESI D'ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO RICOVERO
	ARTROPROTESI: GINOCCHIO
	ARTROPROTESI: GOMITO
	ARTROPROTESI: RIMOZIONE DI ARTROPROTESI SETTICA IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO INTERVENTO (PARZIALE O TOTALE) COME UNICO INTERVENTO
	COSTOLA CERVICALE E "OUTLET SYNDROME", INTERVENTO PER
	EMIPELVECTOMIA
	EMIPELVECTOMIE "INTERNE" CON SALVATAGGIO DELL'ARTO
	OSTEOSINTESI VERTEBRALE
	OSTEOTOMIA COMPLESSA (BACINO, VERTEBRALE)
	REIMPIANTI DI ARTO O SUO SEGMENTO
	RESEZIONE DEL SACRO
	RIDUZIONE CRUENTA E CONTENZIONE DI LUSSAZIONE TRAUMATICA DI COLONNA VERTEBRALE
	SPALLA, RESEZIONI COMPLETE SEC. TICKHOR-LIMBERG
	SVUOTAMENTO DI FOCOLAI METASTATICI ED ARMATURA CON SINTESI PIÙ CEMENTO
	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, GRANDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, MEDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, PICCOLI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, VERTEBRALI, ASPORTAZIONE DI
	UNCOFORAMINOTOMIA O VERTEBROTOMIA
Tendini-Muscoli-Aponeurosi-Nervi periferici	
	TRAPIANTI TENDINEI E MUSCOLARI O NERVOSI
Otorinolaringoiatria	
	NEOPLASIE DEL CONDOTTO, EXERESI
	NERVO VESTIBOLARE, SEZIONE DEL
	NEURINOMA DELL'OTTAVO PAIO
	STAPEDECTOMIA
	STAPEDOTOMIA
	TIMPANOPLASTICA CON MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA SENZA MASTOIDECTOMIA

	TIMPANOPLASTICA, SECONDO TEMPO DI
	TUMORI DELL'ORECCHIO MEDIO, ASPORTAZIONE DI
Naso e seni paranasali	
<i>Escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	TUMORI MALIGNI DEL NASO O DEI SENI, ASPORTAZIONE DI
Faringe - Cavo orale Orofaringe	
	FARINGECTOMIA PARZIALE
	NEOPLASIE PARAFARINGEE
	TUMORE MALIGNO FARINGOTONSILLARE, ASPORTAZIONE DI
	VELOFARINGOPLASTICA
Laringe e Ipofaringe	
	CORDECTOMIA
	CORDECTOMIA CON IL LASER
	DIAFRAMMA LARINGEO, ESCISSIONE CON RICOSTRUZIONE PLASTICA
	EPIGLOTTIDECTOMIA
	LARINGECTOMIA PARZIALE
	LARINGECTOMIA PARZIALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	LARINGOFARINGECTOMIA TOTALE
Radiologia interventistica	
<i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>	
	EMBOLIZZAZIONE MALFORMAZIONI E/O ANEURISMI E/O FISTOLE VASCOLARI CEREBRALI O TUMORI ENDOCRANICI
	POSIZIONAMENTO DI STENT CAROTIDEO CON SISTEMA DI PROTEZIONE CEREBRALE PER TRATTAMENTO STENOSI CAROTIDEE
	TIPS (SHUNT PORTO-SOVRAEPATICO)
Urologia - Atti chirurgici	
Rene	
	EMINEFRECTOMIA
	NEFRECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE CON EVENTUALE TRATTAMENTO DI TROMBO CAVALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	NEFRECTOMIA POLARE
	NEFRECTOMIA SEMPLICE
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIA PIÙ EVENTUALE SURRENECTOMIA, INTERVENTO DI
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	SURRENECTOMIA
	TRAPIANTO DI RENE (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Uretere	
	MEGAURETERE, INTERVENTO PER RIMODELLAGGIO
Vescica	
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON ILEO O COLOBLADDER
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON NEOVESCICA RETTALE COMPRESA
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA BILATERALE O URETEROCUTANEOSTOMIA
	VESCICA, PLASTICHE DI AMPLIAMENTO (COLON/ILEO)
	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO BILATERALE
	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO UNILATERALE
Prostata	
	PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA CON LINFOADENECTOMIE, COMPRESA EVENTUALE LEGATURA DEI DEFERENTI (QUALSIASI ACCESSO E TECNICA)
Apparato genitale maschile	
	EMASCULATIO TOTALE ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA

	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE MONOLATERALE
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE BILATERALE
	PENE, AMPUTAZIONE TOTALE CON LINFOADENECTOMIA