

Norme Generali che regolano l'adesione al piano mutualistico RIMBORSO SPESE MEDICHE – SMART

PREMESSA

Il presente contratto di adesione al piano mutualistico di rimborso spese mediche, 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 a seguito di infortunio o malattia.

L'adesione al presente piano mutualistico 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 dalla Mutua.

La Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE infatti eroga la presente prestazione in caso di rimborso spese mediche sulla base di una convenzione stipulata con una Impresa di Assicurazione, di seguito definita "Compagnia assicuratrice sottostante (LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.).

La Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE risulta 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 – SMART -

Art. 1 – Norme di carattere generale

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Socio 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 piano mutualistico 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 Piano mutualistico – 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 delibera del CdA, 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 un eventuale frazionamento.

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 piano mutualistico 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 tre mesi 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 – SMART -

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 SMART operano al momento nei limiti di età di cui all'art. 3.5 al fine di garantire la tenuta e la stabilità della Mutua.**

L'adesione al piano sanitario si rinnova tacitamente, fatto salvo il diritto di disdetta e recesso che potranno essere esercitati da ambo le parti. Il socio potrà recedere con un preavviso di 90 GIORNI 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 manifestatamente 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 – SMART -

L'adesione viene attivata individualmente dal singolo Socio.

Il costo per l'adesione al piano mutualistico SMART risulta essere quello riportato nel certificato di adesione nel riquadro CONTRIBUTO.

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 – SMART -

Art. 2.1 – Oggetto delle prestazioni previste con l'adesione al piano mutualistico - Prestazioni Previste Per Il Piano Mutualistico – SMART

Oggetto del piano mutualistico è il rimborso delle spese sanitarie sostenute dal Socio a seguito di infortunio o malattia.

La Mutua accorda al Socio il rimborso delle spese - accertate e documentate - fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti, gli scoperti e le franchigie e nelle modalità indicate di seguito nel contratto – che comprendono anche il pagamento diretto alle strutture convenzionate in luogo del rimborso – secondo il piano prescelto all'atto della attivazione del piano mutualistico.

Il piano mutualistico opera, fino alla concorrenza del **massimale unico di 150.000,00 €** per il rimborso o l'indennizzo diretto delle spese sostenute dal Socio in caso di malattia e in caso di infortunio per tutto quanto di seguito previsto. Fermi i limiti eventualmente previsti per ogni singola prestazione.

Il massimale si intende annuo per il complesso delle garanzie e prestazioni sopra elencate così come normate di seguito nel dettaglio all'art. 2.2 del presente contratto.

Nel caso di ricovero a seguito di Grande Intervento Chirurgico, intendendo per tale uno di quelli contenuti nell'elenco specifico di cui all'Allegato B, il massimale suindicato di € 150.000,00 si intende raddoppiato.

Qualora il Socio decida di inserire nel piano mutualistico i componenti del nucleo familiare quali ulteriori Soci, tutti i membri dovranno essere inseriti e assistiti con le medesime garanzie e somme.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita il Socio può rivolgersi, con le modalità riportate all'art. 4 - Erogazione delle prestazioni per spese mediche - a:

- i. Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate dalla Mutua **esclusivamente in Italia**
- ii. Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Mutua
- iii. Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

Le prestazioni verranno erogate e gestite secondo le modalità di seguito previste.

Art. 2.1.1 - Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Mutua ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono **liquidate direttamente dalla Mutua** alle strutture sanitarie convenzionate **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia**, ad eccezione delle spese previste per:

- Pre ricovero in caso di Ricovero in Istituto di Cura;
- Assistenza infermieristica privata individuale in caso di Ricovero in Istituto di Cura;
- Trasporto Sanitario
- Rimpatrio della salma

le quali vengono rimborsate al Socio nei limiti previsti ai punti indicati senza applicazioni di scoperti o franchigie.

Verranno invece **liquidate, nei limiti previsti** per le rispettive garanzie, **direttamente alla struttura sanitaria convenzionata** le seguenti spese:

- Parto e Aborto
- Ospedalizzazione Domiciliare

Art. 2.1.2 Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche NON convenzionate con la Mutua.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono **rimborsate** al Socio con uno **scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di 2.500,00 €** ad eccezione delle seguenti:

- Retta di Degenza in caso di Ricovero in Istituto di Cura;
- Accompagnatore in caso di Ricovero in Istituto di Cura;
- Assistenza infermieristica privata individuale in caso di Ricovero in Istituto di Cura;
- Trasporto Sanitario
- Parto e Aborto
- Rimpatrio della salma

che vengono rimborsate al Socio nei limiti previsti per le rispettive garanzie.

Art. 2.1.3 - Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia "Indennità Sostitutiva con pre e post ricovero".

Qualora il Socio sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Mutua rimborserà integralmente quanto anticipato dal Socio nei limiti previsti nei diversi punti, pertanto la garanzia art. 2.2.15 Indennità Sostitutiva non sarà operativa.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico del Socio, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato agli articoli precedenti 2.1.1 - Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Mutua ed effettuate da medici convenzionati o 2.1.2 - Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Mutua.

Art. 2.2 – Elenco prestazioni e garanzie: Ricovero In Istituto Di Cura

La Mutua provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

Art. 2.2.1 - Pre-Ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **100 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata **in forma esclusivamente rimborsuale**.

Art. 2.2.2 - Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate dalla Mutua con **il massimo di 2.500,00 € per ricovero**.

Art. 2.2.3 - Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. **Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.**

Art. 2.2.4 - Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Mutua, le spese sostenute vengono **rimborsate nel limite di 300,00 € al giorno**.

Art. 2.2.5 - Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Mutua, la garanzia è prestata **nel limite di 50,00 € al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero**.

Art. 2.2.6 - Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di 50,00 € al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero**.

Art. 2.2.7 - Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **100 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Art. 2.2.8 - Trasporto Sanitario

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

Art. 2.2.9 - Day-Hospital

Nel caso di day-hospital, la Mutua provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste agli art. 2.2 Ricovero in Istituto di Cura e 2.2.8 - Trasporto Sanitario con i relativi limiti in essi indicati.

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

Art. 2.2.10 - Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Mutua provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste agli art. 2.2.1 - Pre-ricovero, 2.2.2 - Intervento chirurgico, 2.2.3 - Assistenza medica, medicinali, cure, 2.2.7 - Post-ricovero e 2.2.8 - Trasporto sanitario con i relativi limiti in essi indicati.

Art. 2.2.11 - Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Mutua liquida le spese previste agli art. 2.2 Ricovero in Istituto di Cura e 2.2.8 - Trasporto Sanitario con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

Art. 2.2.12 - Parto e Aborto - Non Cesareo, Aborto Terapeutico E Spontaneo

In caso di parto cesareo - non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo **la garanzia è prestata per un massimo di 5 giorni di ricovero tramite erogazione di una diaria pari a 100,00 € per anno e per nucleo familiare**, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

Tale erogazione esclude la corresponsione dell'indennità sostitutiva di cui al successivo art. 2.2.14.

Art. 2.2.13 - Rimpatrio Della Salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Mutua rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel **limite di 2.500,00 € per anno e per nucleo familiare**.

Art. 2.2.14 - Indennità Sostitutiva

Il Socio, qualora non richieda alcun rimborso alla Mutua, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse in quanto i costi sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ferma restando la possibilità da parte della Mutua di provvedere al

pagamento delle spese di “pre” e “post ricovero” con le modalità di cui agli art. art. 2.2.1 - Pre-ricovero e 2.2.7 - Post-ricovero ., avrà diritto a **un’indennità di 80,00 € per ogni giorno di ricovero** per un periodo non superiore a 120 giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle garanzie di “pre” e “post ricovero” in questo caso vengono rimborsate senza l’applicazione di eventuali limiti previsti agli art. 2.1.1 e 2.1.2 ed assoggettate ad un **massimale annuo per nucleo familiare pari a 2.000,00 €**

Art. 2.2.15 - Ospedalizzazione Domiciliare

La Mutua, **per un periodo di 120 giorni** successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini del piano e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la rete convenzionata con la Mutua, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Mutua rimborserà quanto previsto dal programma medico/riabilitativo secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Il massimale annuo corrisponde a **5.000,00 € per nucleo familiare**.

Art. 2.3 - Elenco Prestazioni e Garanzie: Prestazioni Extra-Ospedaliere

La Mutua provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere secondo i limiti previsti per ciascuna di esse e comunque entro la concorrenza del massimale unico previsto all’articolo 2.1.

Art. 2.3.1 - Alta Specializzazione

In deroga a quanto previsto all’art. 3.2 Esclusioni al punto 17, la Mutua provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica	Accertamenti	Terapie
Angiografia	Ecocardiografia	Chemioterapia
Artrografia	Elettroencefalogramma	Cobaltoterapia
Broncografia	Elettromiografia	Dialisi
Cistografia	Mammografia o Mammografia Digitale	Radioterapia
Cistouretrografia	PET	
Clisma opaco	Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)	
Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)	Scintigrafia	
Colangiografia percutanea (PTC)	Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)	
Colangiografia trans Kehr		
Colecistografia		
Dacriocistografia/Dacriocistotac		
Defecografia		
Fistolografia		
Flebografia		
Fluorangiografia		
Galattografia		
Isterosalpingografia		
Mielografia		
Retinografia		
Rx esofago con mezzo di contrasto		
Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto		
Rx tenue e colon con mezzo di contrasto		
Scialografia		
Splenoportografia		
Urografia		
Vesciculodeferentografia		
Videoangiografia		
Wirsungrafia		

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Mutua, le spese per le prestazioni erogate al Socio vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di 30,00€ che dovrà essere versato dal Socio alla struttura sanitaria convenzionata con la Mutua al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui il Socio si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Mutua, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 50,00 € per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui il Socio si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico del Socio.

Il massimale annuo Socio per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **3.000,00 € per nucleo familiare**.

Art. 2.3.2 - Protesi/Ausili Medici Ortopedici Ed Acustici

La Mutua rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel **limite annuo di 150,00 € per nucleo familiare**. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali a mero titolo esemplificativo: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici, ecc..

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 50,00 € per fattura/persona.

Art. 2.3.3 - Cure Oncologiche

In deroga a quanto previsto all'art. 3.2 Esclusioni punto 17 la Mutua, nei casi di malattie oncologiche, liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Mutua, le spese per le prestazioni erogate al Socio vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui il Socio si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Mutua, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20%**.

Nel caso in cui il Socio si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico del Socio.

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **3.000,00 € per nucleo familiare**.

Art. 2.3.4 - Prestazioni Odontoiatriche Particolari – Igiene Dentaria

In deroga a quanto previsto all'art. 3.2 Esclusioni al punto 3, la Mutua provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari per il solo Socio Caponucleo fruibile esclusivamente una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Mutua indicate dalla Struttura di gestione dei Rimborsi previa prenotazione. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Composizione del pacchetto: Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo.**

Rimane a carico del Socio uno scoperto del 15%.

Inoltre restano sempre a carico del Socio, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Art. 3 - Limitazioni ed esclusioni

Art. 3.1 - Estensione Territoriale

Le garanzie valgono in tutto il mondo fermo restando che i convenzionamenti sono garantiti solo nel territorio italiano.

Art. 3.2 - Esclusioni

La copertura prevista dal presente contratto non è operante per:

1. **le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori, conosciute e diagnosticate, al momento dell'adesione, salvo quanto disciplinato nell'art. 3.4 "Situazioni Pregresse";**
2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

7. i ricoveri causati dalla necessità del Socio di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche del Socio che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. 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;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dal Socio;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dal Socio con dolo o colpa grave;
14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;
17. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
18. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
19. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Art. 3.3 – Carenze

Le prestazioni previste nel presente piano mutualistico decorrono

- per gli infortuni dal momento in cui ha effetto l'adesione;
- per le malattie dal 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione;
- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal 300° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione;
- per l'aborto terapeutico o spontaneo o post-traumatico, la garanzia è operante soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'adesione;
- per le situazioni pregresse vedi tabella di cui all'art.3.4.

Le suddette carenze non si applicano qualora il piano mutualistico sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro piano o copertura assicurativa riguardante gli stessi Assistiti, oppure sia oggetto di rinnovo.

I termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la copertura sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente piano, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni ad essa previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso del contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni.

Art. 3.4 – Situazioni pregresse

La Mutua, a parziale deroga dell'esclusione di cui all'art. 3.2 alinea 1 e per riconoscere ed apprezzare la fiducia riservata nel tempo dai propri Soci, garantisce il rimborso delle spese, ovvero la diaria sostitutiva del rimborso, nella misura di cui alla tabella di seguito riportata per le situazioni pregresse e specificatamente per le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori, conosciute e diagnosticate, già al momento dell'adesione:

Periodo di associazione a DIRITTO E SALUTE SMS	% di rimborso/diaria	Massimale annuo
Dopo 2 anni consecutivi	Copertura nella misura del 50% di quanto previsto agli art. 2.1 – 2.2 – 2.3	Sino ad un massimo di € 35.000 annui per persona o per nucleo

Esclusivamente per i Soci che al momento della sottoscrizione del presente piano fossero già assistiti da almeno due anni senza soluzione di continuità da altro piano mutualistico per il rimborso delle spese mediche stipulato con la Mutua Diritto e Salute, la copertura decorrerà per le situazioni pregresse e specificatamente per le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori, conosciute e diagnosticate, già al momento dell'adesione senza l'applicazione dei periodi di cui sopra e solo con l'applicazione dei termini di carenza di cui all'art. 3.3 precedente.

Art. 3.5 - Limiti Di Età

Il piano può essere sottoscritto o rinnovato fino al raggiungimento dell' 80° anno di età del Socio Caponucleo, e la Mutua non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 80 anni; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del Socio Caponucleo cessa la validità del piano nel medesimo momento in cui termina per Socio Caponucleo. Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'80° anno di età, la validità del piano cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Socio.

Art 4. Erogazione delle prestazioni per spese mediche

Art. 4.1 - Modalità di fruizione

Per le spese sostenute a seguito delle prestazioni previste all'art 2.2. e seguenti Prestazioni Ospedaliere e 2.3 e seguenti Prestazioni Extra-Ospedaliere il Socio potrà, a seconda della possibilità prevista dalla singola prestazione di godere in tutto o in parte delle forme di seguito elencate:

1. avvalersi di Istituti di cura e medici **convenzionati** usufruendo del **pagamento diretto da parte della Mutua (forma diretta)**;
 2. avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, usufruendo del pagamento diretto da parte della Mutua per la quota relativa alla struttura e richiedendo successivamente il rimborso alla Mutua per la quota relativa al personale medico **(forma mista)**;
 3. avvalersi di **Istituti di cura e medici non convenzionati (forma indiretta)**, richiedendo successivamente il rimborso alla Mutua;
 4. utilizzare il **Servizio Sanitario Nazionale**;
- secondo quanto di seguito indicato:

1. Forma diretta: Utilizzo di Istituti di cura e medici convenzionati

Qualora il Socio ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici convenzionati, attivandosi preventivamente con l'Ufficio Sinistri, la Mutua pagherà direttamente all'Istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico del Socio, secondo quanto previsto dal piano mutualistico scelto.

2. Forma Mista: Utilizzo di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Qualora il Socio ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, la Mutua provvede al pagamento in forma diretta delle sole spese relative alla struttura e provvederà al rimborso al Socio per le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza per il regime indiretto, per le spese relative al personale medico.

3. Forma indiretta: Utilizzo di Istituti di cura e medici non convenzionati

Qualora il Socio ritenga di avvalersi di Istituti di cura e medici non convenzionati, la Mutua rimborsa al Socio le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando eventuali scoperti e/o franchigie previsti dal piano mutualistico per il regime indiretto.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora il Socio in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico del Socio, purché indennizzabili a termini di polizza, sempre che il Socio non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

Le prestazioni previste nel piano mutualistico vengono erogate, nel limite dei massimali anno pattuiti per ciascun Socio, con le modalità, i limiti ed i criteri previsti dal presente contratto.

Attenzione: l'elenco delle Case di Cura e dei Medici convenzionati è soggetto ad aggiornamenti. È necessario pertanto contattare sempre l'Ufficio Rimborsi per conoscere in tempo reale lo stato dei convenzionamenti.

Qualora il Socio utilizzi una struttura sanitaria convenzionata senza avere preventivamente contattato l'Ufficio Sinistri, le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive prestazioni.

Art. 4.2 - Attivazione dell'Ufficio Rimborsi Forma Diretta – Centri Convenzionati

Per usufruire delle prestazioni mediche di un centro convenzionato, il Socio deve contattare preventivamente l'Ufficio Sinistri, dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18, tramite i seguenti numeri telefonici:

Dall'Italia il numero - 039 6554 6412

Dall'estero il numero - +39 039 6554 6412

Numeri attivi dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18

L'autorizzazione da parte dell'Ufficio Rimborsi ad effettuare la prestazione in rete comporta il servizio di pagamento diretto da parte della Mutua alla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione.

Il Socio, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria prevista dalla sezione A Prestazioni Ospedaliere presso una struttura convenzionata deve **contattare l'Ufficio Rimborsi almeno 7 giorni feriali prima della data della prestazione**, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la copertura della prestazione.

L'Ufficio Rimborsi è raggiungibile dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18, al numero sopra indicato.

In caso di urgenze che non consentano l'apertura del sinistro con l'anticipo richiesto, qualora quindi ci fossero dei giorni festivi che intercorrono tra la denuncia e il ricovero, **è possibile chiamare il numero sopra indicato anche fuori orario e degli operatori dedicati gestiranno la presa in carico in urgenza**. Qualora l'operatore dovesse rilevare la non urgenza della pratica, il Socio verrà invitato a contattare l'Ufficio Rimborsi negli orari di apertura.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore del Socio, è necessario comunicare:

- nome e cognome della persona che effettua la prestazione
- contraente della copertura mutualistica
- recapito telefonico mobile della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- tipologia della prestazione
- nominativo equipe medica

Il Socio riceverà quindi dall'Ufficio Rimborsi una mail con allegato il modulo privacy, che dovrà rinviare firmato, con l'elenco della documentazione da produrre per permettere un'adeguata valutazione del sinistro, da inviare via mail all'indirizzo sinistri.salute@internationalcarecompany.com.

A titolo esemplificativo, documentazione quale:

- prescrizione medica con indicazione del quesito diagnostico
- diagnosi
- anamnesi prossima e remota
- referti esami strumentali
- qualsiasi altro documento l'Ufficio Rimborsi in fase di valutazione riterrà opportuno richiedere per la prestazione richiesta

La preventiva richiesta del Socio, l'invio della documentazione sopra indicata e la successiva conferma da parte dell'Ufficio Rimborsi sono condizioni indispensabili per l'operatività del pagamento diretto.

All'atto del ricevimento di tutta la documentazione medica richiesta, l'Ufficio Rimborsi, valutata la validità della copertura rispetto alla prestazione, autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed avvisa il Socio del buon esito della pratica. La prenotazione del ricovero e di tutte le prestazioni ad esso correlate, sono a carico del Socio.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà all'Ufficio Rimborsi direttamente le fatture e la copia dei referti o cartelle cliniche per la valutazione finale rispetto alle prestazioni effettuate così da poter provvedere al pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie. Qualora al ricevimento della cartella clinica venissero rilevate prestazioni discordanti da quanto preventivamente autorizzato, l'Ufficio Rimborsi si riserva di modificare l'autorizzazione inviata e di pagare esclusivamente le spese ritenute in copertura.

Il Socio dovrà provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

Relativamente al pagamento diretto delle spese relative alle Prestazioni Extra-Ospedaliere, il Socio dovrà provvedere a contattare l'Ufficio Rimborsi **almeno 5 giorni prima della prestazione**, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico che effettuerà la visita e di valutare la copertura della prestazione. Il Socio provvederà alla prenotazione della stessa in autonomia, e comunicherà via mail all'Ufficio Sinistri:

- data della prestazione
- struttura presso cui effettuerà la visita
- medico con cui effettuerà la visita
- allegnerà inoltre la prescrizione medica con indicazione del quesito diagnostico.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dal piano mutualistico, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte dell'Ufficio Rimborsi non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro con modalità rimborsuale.

Si ribadisce che il Socio avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente a quanto autorizzato dall'Ufficio Rimborsi.

4.3 - Pagamento in forma Indiretta - Prestazioni fuori dalla Rete Convenzionata

Il Socio, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura non convenzionata deve **inviare una mail a sinistri.salute@internationalcarecompany.com entro trenta giorni dall'avvenuto ricovero o dall'effettuazione di prestazioni extra ricovero** rientranti nelle garanzie previste, allegando i seguenti documenti:

- prescrizione medica relativa alla prestazione da effettuare con indicazione del quesito diagnostico
 - cartella clinica
 - referti di esami strumentali
 - parcelle, notule, distinte, ricevute e fatture, sulle quali siano indicati nome, cognome, e domicilio della persona che si è sottoposta alle cure e che risultino pagate e quietanzate.
 - Iban su cui effettuare il rimborso
 - qualsiasi altro documento l'Ufficio Rimborsi in fase di valutazione riterrà opportuno richiedere per la prestazione richiesta
- Il Socio si impegna a restituire alla Mutua gli importi dalla stessa liquidati per prestazioni che, dall'esame della cartella clinica o da altra documentazione medica, risultino successivamente non indennizzabili.

Per i casi avvenuti all'estero, nei paesi con uso di valuta diversa dall'Euro, i rimborsi verranno effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 4.4 - Pagamento in forma mista – Prestazioni in Rete Convenzionata e con medici non convenzionati

Qualora il Socio, previa autorizzazione della Centrale Operativa, utilizzi uno o più chirurghi, medici e paramedici o un'intera équipe chirurgica non convenzionati per effettuare un intervento chirurgico presso una Struttura facente parte del Network, il rimborso delle spese avverrà come segue:

- Spese relative alla Struttura Convenzionata: seguirà quanto previsto dall'art. 4.2 Pagamento Forma diretta;
- Spese relative all'équipe medica non convenzionata: seguirà quanto previsto dall'art. 4.3 Pagamento Forma indiretta

Il pagamento in forma mista si applica esclusivamente a ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali.

Glossario

Aborto	Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.
Aborto spontaneo	Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.
Aborto terapeutico	Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.
Accertamento diagnostico	Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo
Anno	Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile. Nel presente documento si intende il periodo corrispondente al contributo annuale versato intercorrente tra la data di effetto del contratto e quella di scadenza.
Assistenza	L'aiuto in denaro o in natura, fornito al Socio che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.
Assistenza Infermieristica	Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista
Socio	Il soggetto persona fisica Socio delle prestazioni del piano mutualistico a cui ha aderito ai sensi dello Statuto della Mutua Diritto e Salute
Socio Caponucleo	Il Socio a cui è associato un nucleo familiare.
Contributo	La somma dovuta dal Socio Contraente alla Mutua.
Cure a carattere sperimentale	Insieme di tecniche terapeutiche ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tolleranza.
Day-hospital	Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.
Difetto fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
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 medicinali).
Franchigia	La somma determinata in misura fissa che rimane a carico del Socio. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto al Socio l'importo garantito.
Grandi interventi chirurgici	Interventi chirurgici e patologie riportati nelle Condizioni di assicurazione.
Indennità sostitutiva	Importo giornaliero erogato dalla Mutua in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini del piano.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Mutua in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di medicinali.

Intervento chirurgico ambulatoriale	Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
Istituto di Cura	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Libera professione intramuraria	L'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta del Socio e con oneri a carico dello stesso.
Malattia	Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.
Malformazione	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale	L'importo stabilito negli specifici articoli del piano che rappresenta la spesa massima che la Mutua si impegna a prestare nei confronti delle persone assicurate per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
Medicina non ufficiale	Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica
Medicinale	Sostanza o associazione di sostanze che possa essere usata sull'uomo o somministrata allo stesso allo scopo di ripristinare, correggere o modificare, funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica, che sia ritenuta idonea dall'Agenzia Italiana del Farmaco alla cura della patologia per la quale è stata prescritta.
Mutua	Mutua Diritto e Salute, corrente in Druento (TO), Via Volta 31
Nucleo familiare	il Socio Caponucleo, il coniuge o il convivente risultante dallo stato di famiglia e i figli purché anch'essi risultanti dallo stato di famiglia del Socio Caponucleo; s'intendono compresi anche i figli non conviventi ma fiscalmente a carico.
Pandemia	Manifestazione collettiva d'una malattia con tendenza a diffondersi rapidamente
Presa in carico	Comunicazione della Mutua al centro convenzionato in ordine alle prestazioni che la Mutua stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.
Retta di degenza	Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.
Ricovero	La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	Percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dal Socio che, per ogni sinistro, rimane a carico del Socio.
Sinistro	Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Mutua.

Struttura sanitaria convenzionata	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi – dedicati al presente Piano Sanitario aderenti alla rete convenzionata dalla Mutua tramite il Gestore dei Sinistri.
Ufficio Rimborsi	E' la struttura incaricata dalla Mutua del convenzionamento delle Strutture Sanitarie e della gestione dei pagamenti diretti e dei rimborsi ai Soci

Allegato A
QUADRO SINOTTICO

PRESTAZIONI OSPEDALIERE	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento, Intervento Ambulatoriale, Trapianti	€ 150.000
		€ 300.000 per grandi interventi
	Diretta	100%
	Indiretta	scoperto 25% minimo €. 2.500
	Intervento chirurgico con uso di robot	€ 2.500 a ricovero
	Rette di degenza in caso di Ricovero	€ 300 al giorno
	PRE/POST	100 giorni / 100 giorni
	Parto Naturale compreso aborto terapeutico	Diaria €. 100 massimo 5 giorni
	Parto Cesareo	Diaria €. 100 massimo 5 giorni
	Ospedalizzazione domiciliare	120 gg successivi alla dimissione, massimo € 5.000
	Accompagnatore	€ 50 al giorno con il massimo di 30 giorni
	Assistenza infermieristica	€ 50 al giorno con il massimo di 30 giorni
	Trasporto sanitario dell'assicurato	€ 1.500 a ricovero
	Rimpatrio della salma	€ 2.500 dall'estero per anno assicurativo
	Indennità sostitutiva massimo 120 giorni di ricovero	€ 80 giorno - €. 2.000 pre/post
PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE	Prestazioni Alta Specializzazione	€ 3.000
	Diretta	Franchigia €. 30
	Indiretta	scoperto 20% minimo €. 50
	Visite Specialistiche, Accertamenti diagnostici	Esclusa
	Diretta	=====
	Indiretta	=====
	Protesi	€ 150 scoperto 20% minimo € 50
	Lenti	Esclusa
	Cure Oncologiche	€ 3.000
	Diretta	Rimborso al 100%
	Indiretta	Scoperto al 20%
	Cure Dentarie (visita più igiene)	1 visita
	Diretta	Scoperto 15%
	Indiretta	Esclusa
	Cure Dentarie e ortodontiche	Esclusa
	Diretta	Esclusa
	Indiretta	Esclusa

Allegato B

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTOINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti