

NOMENCLATORE “A” – PIANO TUTELA SALUTE BASE DECORRENZA 01/01/2021 – 31/12/2021

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo dell'indennizzo.

Fanno parte integrante dei Nomenclatori, le **definizioni** (allegate in coda), che esplicitano il significato dei termini usati all'interno degli stessi Nomenclatori.

Oggetto delle Coperture Sanitarie

Il presente Piano Sanitario è operante in caso di malattia e in caso di infortunio che abbiano luogo durante l'operatività dell'adesione a Mutua Ulisse, per le seguenti prestazioni:

- A) Ricovero in Istituto di cura o day hospital per i Grandi Interventi Chirurgici intendendo per tali quelli elencati nell'Allegato n.1 “Elenco Interventi Chirurgici” e senza intervento chirurgico o day hospital a seguito dei Gravi Eventi Morbosi intendendo per tali quelli elencati nell'Allegato n.2 “Elenco Gravi Eventi Morbosi”;
- B) Alta specializzazione;
- C) Grave invalidità permanente da infortunio (garanzia operante per il solo titolare);
- D) Prestazioni a tariffe agevolate;
- E) Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione);
- F) Diagnosi comparativa;
- G) Visite di controllo;
- H) Fecondazione eterologa
- I) Testi genetici prenatali
- L) Assistenza post parto
- M) Controllo pediatrico
- N) Sindrome di Down
- O) Dread Disease
- P) Servizi aggiuntivi

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento Chirurgico (vedi Allegato n.1 Elenco Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso (vedi Allegato n.2 Elenco Gravi Eventi Morbosi)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento: il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

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

A.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.

A.2) Intervento chirurgico (garanzia operante esclusivamente in caso di Grande 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, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito.

Per gli interventi urologici effettuati con chirurgia robotica, vengono previsti i seguenti sub-massimali:

- € 5.000,00 per l'utilizzo del robot;
- €10.000,00 per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico.

A.3) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico -specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

A.4) Retta di degenza

Nel caso di **ricovero a rimborso**, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 200,00** al giorno, compreso il caso di ricovero in terapia intensiva. Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie.

A.5) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di **ricovero a rimborso** la garanzia è prestata nel limite di **€ 100,00** al giorno.

A.6) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 80,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero. La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

A.7) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i 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. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

In caso di ricovero effettuato presso il SSN, con richiesta di indennità sostitutiva (come prevista al punto A.12), sono riconosciute le prestazioni post ricovero che potranno essere gestite in forma diretta (come previsto al punto Modalità di erogazione delle prestazioni- lettera a)

A.8) Trasporto sanitario

La Mutua rimborsa le spese di trasporto dell'Assistito in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro, anche all'estero, e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 2.000,00 per ricovero.**

A.9) Trapianti (garanzia operante esclusivamente quale Grande Intervento Chirurgico)

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Mutua riconosce le spese previste ai punti 1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso" e 2 "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.

Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede il rimborso delle 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.

Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

A.10) Intervento di mastectomia radicale

L'intervento di mastectomia radicale, ricompreso nell'Allegato n.1 "Elenco Interventi Chirurgici" è incluso in garanzia esclusivamente se effettuato in **strutture convenzionate** con Previmedical e da **medici convenzionati.**

A.11) Intervento di quadrantectomia

L'intervento di quadrantectomia è incluso in garanzia sia in strutture convenzionate con Previmedical e con medici convenzionati, sia in forma rimborsuale.

A.12) Indennità sostitutiva

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 120,00** per ciascun giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per persona e per anno assicurativo.

A.13) Rimpatrio salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Mutua rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 2.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

A.14) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento Chirurgico (vedi Allegato n.1 Elenco Interventi Chirurgici) e per Grave Evento Morboso (vedi Allegato n.2 Elenco Gravi Eventi Morbosi)

Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero" per ricoveri indennizzabili a termini del presente Nomenclatore e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, la Mutua mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate con Previmedical, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Assistito.

La Mutua concorderà – anche per il tramite di Previmedical – il programma medico/riabilitativo con l'Assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il massimale annuo Assistito corrisponde a **€ 10.000,00** per persona.

A.15) Neonati

I neonati sono assicurati dal momento della nascita per le identiche garanzie e per le medesime somme previste per la madre, con decorrenza immediata, sempreché vengano inclusi in garanzia entro 30 giorni dalla nascita mediante comunicazione alla Mutua. In tal caso, per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici.

La copertura per il neonato si intenderà gratuita fino alla prima scadenza annua del piano sanitario.

A.16) Day-hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso (di cui all'Allegato n.1 e all'Allegato n.2)

Nel caso di day-hospital chirurgico (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), la Mutua provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso" e 2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

A.17) Diaria giornaliera per parto e aborto terapeutico

Per l'evento del parto e dell'aborto terapeutico, la Mutua provvede alla corresponsione di un'indennità di **€ 65,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **30** giorni per ogni ricovero.

Modalità di erogazione delle prestazioni ospedaliere

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con Mutua Ulisse ed effettuate da **medici convenzionati**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture convenzionate, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- In caso di ricovero in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con l'applicazione di uno scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 per intervento, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con Mutua Ulisse ed effettuate da **medici non convenzionati**, le spese relative alle strutture vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture convenzionate, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

L'onorario dei medici non convenzionati viene invece gestito nella forma rimborsuale con i limiti per essa previsti.

- d) Qualora il costo del ricovero sia a completo carico del **Servizio Sanitario Nazionale**, in alternativa all'indennità sostitutiva prevista al punto A.12 "Indennità sostitutiva", la Mutua rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti comunque a carico dell'Assistito.
In caso di ricovero effettuato presso il SSN, con richiesta di indennità sostitutiva, sono riconosciute le prestazioni post ricovero che potranno essere gestite in forma diretta (come alla lettera a.)
- e) Se il ricovero avviene in regime di libera professione in intramoenia con relativo onere a carico dell'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle precedenti lettere a) oppure b).

Massimale delle prestazioni ospedaliere

Il massimale annuo per il complesso delle garanzie della presente sezione "Prestazioni ospedaliere" corrisponde a **€ 350.000,00** per nucleo familiare.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Mutua rimborsa le spese per le seguenti prestazioni extra ospedaliere:

B.1) Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia (prestazione erogata come indicato al successivo punto B.4)
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

B.2) Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Amniocentesi
- Doppler
- Ecocolordoppler
- Ecografia
- Ecotomografia
- Endoscopie (con eventuale biopsia compreso esame istologico)
- Holter
- OCT (Tomografia ottica)
- Epiluminescenza/mappatura nei

B.3) Terapie

- Dialisi

Modalità di erogazione delle prestazioni di diagnostica e terapia

Precisazione per l'Angiografia: Nel caso venga effettuato il ricovero per la sola angiografia, saranno rimborsati esclusivamente i costi dell'accertamento, anche se effettuato in Day Hospital, e non quelli relativi e connessi al ricovero.

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia fissa di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'Assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.
- b) In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico**.
- c) Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Massimale delle prestazioni di diagnostica e terapia

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

B.4) Ricoveri impropri

Si precisa che per i ricoveri e/o Day Hospital, non “resi necessari da malattia o infortunio”, durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica e in riferimento al quadro clinico, possono essere effettuati anche in ambulatorio senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente, le spese relative alle prestazioni effettuate verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extraospedaliere.

C. GRAVE INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO (garanzia operante per il solo titolare)

Nel caso di invalidità permanente, conseguente a infortunio occorso in data successiva alla decorrenza della presente assicurazione, di grado superiore al 66% della totale, ottenuto valutando esclusivamente le conseguenze dirette dell'infortunio (non essendo quindi computabili eventuali aggravamenti riconducibili a condizioni fisiche o patologiche preesistenti), la Mutua liquiderà all'Assistito un indennizzo una tantum di **€ 25.000,00**. Il computo della percentuale di invalidità permanente residua verrà effettuato in base all'applicazione delle tabelle ANIA.

D. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE A TARIFFE AGEVOLATE

La Mutua rende disponibile l'applicazione delle proprie tariffe agevolate relative agli accertamenti diagnostici non compresi nella garanzia B "Alta specializzazione".

E. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)

La Mutua provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in **strutture sanitarie convenzionate**, indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le seguenti prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- PSA
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Pap test
- ECG

Ogni due anni, gli assistiti potranno scegliere di eseguire uno dei seguenti pacchetti.

1) Sia per uomo che per donna over 50 anni:

- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Eco addome completo

2) Prevenzione Oncologica

Per gli Uomini over 45 anni:

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- fPSA (Specifico antigene prostatico)
- Alfa fetoproteine

Per le donne over 30 anni:

- CA 125 e CA 15.3
- Visita ginecologica

3) Monitoraggio delle Patologie tiroidee

Visita specialistica endocrinologica, TSH, FT3, FT4, Ecografia collo (tiroide, paratiroide)

Modalità di erogazione delle prestazioni relative alla prevenzione

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato**. Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture convenzionate senza applicazione di franchigie o scoperti.

F. DIAGNOSI COMPARATIVA

La Mutua dà la possibilità all'Assistito di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto, contattando la Centrale Operativa.

La Mutua mette a disposizione dell'Assistito i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale:** Previmedical rilascerà all'Assistito un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione medica richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico:** Previmedical metterà in contatto l'Assistito con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine si provvederà a ricercare gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assistito.
3. **Trova la Miglior Cura:** Qualora l'Assistito intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da Previmedical, la Centrale Operativa provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assistito laddove necessario. Previmedical supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi, consentendo all'Assistito di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria

- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Assistito dovrà contattare la Mutua e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Mutua la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico Previmedical, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Mutua, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

G. VISITE DI CONTROLLO

La società liquida integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito) 1 (una) visita specialistica in qualsiasi specializzazione una volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana nei Centri Autorizzati del Network Previmedical indicati dalla Centrale Operativa, previa prenotazione.

La Visita di controllo potrà essere effettuata, per ciascun mese, da un solo componente del nucleo familiare assicurato.

L'assistito dovrà contattare preventivamente la centrale operativa di Previmedical che indicherà la struttura presso la quale effettuare la prestazione.

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate anche in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non sarà richiesta alcuna prescrizione medica o specialistica.

Si precisa inoltre che nel periodo di copertura non potrà essere effettuata più volte la stessa tipologia di visita per nucleo assicurato.

H. FECONDAZIONE ETEROLOGA

La Società rimborsa fino a concorrenza di **€ 250,00** per nucleo e per anno, le spese sostenute per il trattamento di fecondazione eterologa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27).

Sono escluse dal rimborso le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore qualora il trattamento sia effettuato all'Estero.

I. TEST GENETICI PRENATALI NON INVASIVI SU DNA FETALE

La Società rimborsa, entro il limite per nucleo e per anno della garanzia B "Prestazioni di Alta Specializzazione", le spese sostenute per test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (es. Harmony test, Prenatal Safe, ecc.).

Tali test sono riconosciuti esclusivamente in alternativa all'amniocentesi/villocentesi.

Modalità di erogazione delle prestazioni per la garanzia I-Testi genetici

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato esclusivamente alle seguenti condizioni:

- Età materna maggiore di 35 anni;
- Gravidanza a rischio (indipendentemente dall'età materna). In tal caso il medico prescrittore dovrà specificare le malattie (preesistenti o insorte durante la gravidanza) che comportano un rischio per la donna o per il feto.

L. ASSISTENZA POST-PARTO

La Società liquida le seguenti prestazioni finalizzate al pieno recupero a seguito di parto, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

I.1) *Supporto psicologico post parto*

Entro 3 (tre) mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.

I.2) *Controllo Arti Inferiori*

Entro 6 (sei) mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli

arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.

L.3) Week-end benessere

Entro 1 (un) anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

M. CONTROLLO PEDIATRICO

La Società liquida le prestazioni per visite specialistiche pediatriche di controllo per minori di età compresa tra 6 mesi e 6 anni effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione e alle seguenti condizioni:

- 1 (una) visita tra 6 mesi e 12 mesi di età
- 1 (una) visita a 4 anni di età
- 1 (una) visita a 6 anni di età

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie con applicazione di una franchigia di € 36,15 per prestazione.

N. SINDROME DI DOWN

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) accertata nei primi 3 anni di vita, viene corrisposta un'indennità pari a € 1.000,00 per neonato e per anno.

L'indennità di cui al presente paragrafo è corrisposta per un periodo massimo di 3 anni.

O. DREAD DISEASE

La Società corrisponderà un indennizzo all'Assistito pari ad € 2.500,00 al verificarsi dei seguenti eventi:

- 1) Infarto miocardico acuto: coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni.
- 2) Ictus cerebrale (accidente cerebrovascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio.

La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi dell'evento, comprovata da certificazione medica e cartella clinica, sia successiva all'01/01/2019 e, per i nuovi iscritti, successiva alla data di adesione.

La presente garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assistito alla data della richiesta di indennizzo. Il diritto all'indennizzo inoltre è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assistito muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

L'indennità verrà corrisposta una sola volta per grave evento e per assistito.

P. SERVIZI AGGIUNTIVI

Inoltre, gli assistiti potranno beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa della Cassa/Mutua senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

P.1) TRASPORTO SANITARIO, TRASFERIMENTO SANITARIO E RIENTRO SANITARIO

In aggiunta a quanto previsto al punto **A.8) Trasporto Sanitario**, qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che, nell'ambito di quanto previsto nella garanzia

“Prestazioni Ospedaliere”, il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa, oppure in forma rimborsuale, con ambulanza e/o eliambulanza, con treno e/o aereo, in Italia e all'Estero.

In tal caso la Mutua garantisce la liquidazione dei costi del trasporto sino a un massimo di € 500,00 con le seguenti modalità:

- a) In **forma diretta** con Previmedical senza applicazione di franchigie e scoperti.
- b) In **forma rimborsuale** con l'applicazione di uno scoperto del 50% con il minimo non indennizzabile di € 150,00.

P.2) SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa della Cassa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa della Cassa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa della Cassa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa della Cassa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa della Cassa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa della Cassa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa della Cassa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

P.3) SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa della Cassa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assistito per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

P.4) GESTIONE APPUNTAMENTO

Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e richiedere alla Centrale Operativa della Cassa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Operativa della Cassa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assistito, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa della Cassa, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

P.5) SECOND OPINION

L'Assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa della Cassa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

P.6) TUTORING

L'Assistito potrà disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

ESTENSIONI DEL PIANO SANITARIO

Estensione Territoriale

La copertura assistenziale vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei rimborsi vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Estensione di garanzia

Qualora l'Assistito (e ciascun familiare) esibisse la prova di una precedente assistenza sanitaria integrativa prestata da altra Società di Mutuo Soccorso oppure di essere stato titolare di copertura sanitaria derivante da polizza assicurativa sanitaria anche collettiva, scadute da non oltre 60 giorni rispetto alla data di primo pagamento del premio, la copertura si intenderà efficace senza soluzione di continuità assicurativa con la precedente assistenza sanitaria sin dalle ore 00.00 della data di scadenza della medesima.

L'esclusione delle patologie pregresse sarà pertanto operante se preesistente alla data di effetto del primo piano sanitario comprovato.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELLE PRESTAZIONI

Esclusioni

Sono escluse dal piano sanitario:

1. le spese relative a ricoveri con o senza intervento che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Assistito (Richiedente e suoi eventuali familiari) a Ulisse –società di mutuo soccorso.

Per nuovi aderenti o per gli aderenti già garantiti precedentemente da altra Mutua soccorso o direttamente da compagnia di assicurazione per copertura simile preesistente alla data di prima adesione a Mutua Ulisse, si intendono **esclusi** i ricoveri con o senza intervento, che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di prima adesione da parte di ciascun Assistito a coperture di altra Mutua soccorso o coperture sanitarie prestate direttamente da compagnia di assicurazione e preesistente alla data di prima adesione a Mutua Ulisse, senza interruzione di continuità o precedentemente alla data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione.

Per “senza interruzione di continuità”, si intende anche se la copertura sanitaria preesistente sia scaduta da non oltre 60 giorni rispetto alla data di primo ingresso in Mutua Ulisse.

Relativamente agli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo, si intendono compresi

in garanzia quelli sostitutivi di protesi che siano state impiantate successivamente alla data di prima adesione dell'iscritto ai Piani sanitari di Mutua Ulisse o di altro Ente/Mutua/Assicurazione, senza soluzione di continuità o alla data di successiva adesione in caso di interruzione.

2. Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni diagnosticati e/o conosciuti precedentemente alla data di prima adesione ad una copertura assicurativa, ancorché prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla data di adesione a Mutua Ulisse, senza alcuna soluzione di continuità o precedentemente alla data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione;
3. La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
4. Le protesi dentarie, le cure dentarie e paradentarie, ad eccezione di quelle a scopo ricostruttivo rese necessarie da infortunio;
5. 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) fatte salve quelle relative ai neonati fino al terzo anno di età;
6. I ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito 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.
7. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. Le conseguenze di infortuni derivanti da azioni compiute dall'Assistito sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, allucinogene, psicofarmaci o per effetto di abuso di sostanze alcoliche;
9. 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;
10. Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
11. 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;
12. Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
13. Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
14. Gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
15. Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assistito attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
16. Partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assistito svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
17. Le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
18. Ricoveri impropri intendendosi come tali i ricoveri e/o Day Hospital, non "resi necessari da malattia o infortunio", durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica e in riferimento al quadro clinico, possono essere effettuati anche in ambulatorio senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Le spese relative alle prestazioni effettuate come ricoveri impropri, verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extraospedaliere.

Sono escluse dal Piano Sanitario relative alla garanzia "Grave invalidità permanente da infortunio" le invalidità dovute a:

- a) Guida e uso di mezzi di locomozione aerei;
- b) Pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) Corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- d) Svolgimento di attività sportive a carattere professionale;
- e) Corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- f) Delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) Atti di terrorismo, attentati, guerra o insurrezione;
- h) Trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- i) Movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Controversie: mediazione

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, individuata secondo le previsioni dell'art. 14 "Foro competente" delle CGA.

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sulla ipofisi per via tran sfenoidale
- Talamotomia, pallidotomia ed interventi similari
- Cordotomia, radi colotomia ed altri per affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana
- Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.)
- Vagotomia per via toracica
- Simpaticectomia cervico-toracica, lombare
- Plastica per paralisi del nervo facciale
- Intervento per epilessia focale o colosso tomi
- Intervento di encefalomeningocele

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi.
- Mastectomia radicale con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

OCULUSTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectmia)
- Intervento demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico (acustico)
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e delle tonsille con svuotamento gangliare.
- Parotidectomia totale

CHIRURGIA DEL COLLO

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

- Dissezione radicale del collo

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomia
- Interventi sul cuore per via toracotomia
- Interventi di valvuloplastica a cuore chiuso
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica o laparoscopica
- Safenectomia della grande safena
- Endoarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retro peritoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica o per via laparoscopica
- Interventi per echinococchi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Intervento per neoplasie pancreatiche
- Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica o per via laparoscopica
- Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica.
- Intervento di splenectomia.
- Interventi per ulcera peptica post-anastomotica

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovesicucleotomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenectomia.
- Interventi per fistola vescico-rettale e per fistola vescico-intestinale e per fistole vescico-vaginale;

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca, ginocchio
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

CHIRURGIA PEDIATRICA

(Gli interventi sotto elencati sono in copertura solo in caso di neonati iscritti dal momento della nascita)

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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo
- Trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche.

Si considerano " Grave Evento morboso " le seguenti patologie:

- a) Infarto miocardico acuto
- b) Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - 1. Dispnea
 - 2. Edemi declivi
 - 3. Aritmia
 - 4. Angina instabile
 - 5. Edema o stasi polmonare
 - 6. Ipossiemia
- c) Neoplasie maligne con esclusione delle neoplasie in situ (definizione di tumore maligno in situ: tumore che non ha dato metastasi o diffusione linfonodale).
- d) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - 1. Ulcere torbide
 - 2. Decubiti
 - 3. Neuropatie
 - 4. Vasculopatie periferiche
 - 5. Infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- e) Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato
- f) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
- g) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare
- h) Sclerosi multipla
- i) Sclerosi laterale amiotrofica
- j) Morbo di Parkinson
- k) Gravi miopatie
- l) Insufficienza renale che necessiti di dialisi
- m) Tetraplegia

DEFINIZIONI

Le seguenti definizioni fanno parte integrante dei Nomenclatori ed esplicitano il significato di termini usati all'interno degli stessi Nomenclatori:

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.

Assistito: il soggetto il cui interesse è protetto dalle norme dei successivi Nomenclatori, ovvero il Socio di Ulisse- società di mutuo soccorso.

Assicurazione: il contratto intercorrente tra la Società e Ulisse – società di mutuo soccorso, con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito (come sopra definito) entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Associato: Ulisse — Società di Mutuo Soccorso, associato alla Cassa.

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.).

Cassa/Fondo: Cassa Salute, via Lazzari 5 - Venezia Mestre (VE), soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Centrale Operativa: la struttura di Previmedical S.p.A. in funzione 365 giorni l'anno, 24 ore su 24, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assistito ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete" dal contratto.

Centro autorizzato Previmedical: centro appartenente alla Rete di strutture convenzionate aderente a specifiche iniziative promozionali di Intesa Sanpaolo RBM Salute. L'elenco dei Centri Autorizzati Intesa Sanpaolo RBM Salute è consultabile sul sito internet www.mutuaulisse.it

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società all'Associato che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente/Associato, i soggetti assicurati, ecc).

Contraente: Cassa Salute e Ulisse — Società di Mutuo Soccorso, i soggetti che stipulano la polizza nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita (malformazione).

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie).

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

La data evento a quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Indennità sostitutiva: indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento ambulatoriale: Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o la studio medico chirurgico.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza

del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Invalidità Permanente da Infortunio: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile, a seguito di infortunio, della validità fisica dell'Assistito, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti e Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.mutuaulisse.it

Nucleo familiare: il richiedente l'adesione a Mutua Ulisse, il coniuge non legalmente separate o, in alternativa, il convivente more uxorio, tale indipendentemente dal genere, e i figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria. Sono, altresì, equiparabili ai figli, ai fini della copertura assicurativa, i figli del coniuge o del convivente. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

Polizza: i documenti che descrivono e provano l'assicurazione intercorrente tra Intesa SanpaoloRBM salute spa e Ulisse – società di mutuo soccorso, contratta a favore dei soci di Mutua Ulisse.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Società: Intesa SanpaoloRBM Salute S.p.A.

Richiedenti: soggetti che aderiscono a Ulisse – società di mutuo soccorso, per sé stessi e/o per il proprio nucleo familiare.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia (o massofisioterapista diplomato anteriormente all'istituzione dei corsi di laurea in fisioterapia e cioè entro il 17 marzo 1999), effettuate esclusivamente presso Centri Medici, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine della polizza (Nomenclatore). Dalla presente copertura 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.