

NOMENCLATORE “B” – PIANO TUTELA SALUTE PIU’
(Integrativo del Piano 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 e per le spese sostenute dall'Assistito qui elencate:

- A) Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio diverso dal Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento, parto e aborto terapeutico; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale;
- B) Cure Oncologiche,
- C) Visite Specialistiche;
- D) Prestazioni odontoiatriche;
- E) Stati di Non Autosufficienza;
- F) Trattamenti Fisioterapici per gravi patologie.
- G) Trattamenti Fisioterapici e riabilitativi extraospedalieri a seguito di malattia, infortunio o interventi chirurgici

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio diverso dal Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento

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 (in caso di interventi diversi da Grandi Interventi Chirurgici- già garantiti dal piano Tutela Salute Base)

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) 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.

A.7) 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.8) 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.9) Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital, 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 diverso dal Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso”

2 “Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico” 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.

A.10) Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, 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 diverso dal Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso” lett. A1) “Pre-ricovero”, A2) “Intervento chirurgico, A3) “Assistenza medica, medicinali, cure”, A6) “Post-ricovero” e A7) “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

A.11) 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 **€ 65,00** per ciascun giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30** giorni per ogni ricovero.

A.12) Parto e aborto

Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Mutua, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio diverso dal Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica,

medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; f) “Post-ricovero”, e 2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

Parto non cesareo e aborto terapeutico

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Mutua, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio diverso dal Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio diverso dal Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso”, e 2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

A.13) 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 di polizza.

Modalità di erogazione delle prestazioni ospedaliere

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) 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, ad eccezione di una franchigia di € 1.000,00 che verrà versata dall'Assicurato alla struttura al momento di effettuazione della prestazione; nel caso di **intervento chirurgico in day hospital la franchigia viene ridotta a € 850,00**, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie; **nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale la franchigia viene ridotta a € 350,00**, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

Le prestazioni di cui al punto A.7 “Trasporto sanitario” vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti al punto medesimo e quelle di cui al punto A.11 “Parto e aborto” vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto medesimo.

- b) In caso di ricovero in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con l'applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 3.000,00 ridotto a € 750,00 nel caso di **interventi chirurgici in day hospital e ambulatoriali**, fermo restando in ognuno dei casi, le limitazioni previste alle singole garanzie: A.4 “Retta di degenza”; A.5 “Accompagnatore”; A.7 “Trasporto sanitario”; A.11 “Parto e aborto”; che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

- c) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati.

In questo caso le spese relative alle competenze fatturate dalle strutture vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia ad eccezione delle seguenti:

“Assistenza infermieristica privata individuale”; “Trasporto sanitario”; “Rimpatrio della salma”, che vengono rimborsate all'Assistito nei limiti previsti ai punti indicati; e del punto “Parto e aborto”, che viene liquidato alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

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 5 "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.

- e) Qualora il ricovero avvenga 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) o b).

Massimale delle prestazioni ospedaliere

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie della presente sezione "Prestazioni ospedaliere" corrisponde a **€ 200.000,00** per nucleo familiare.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche, la Mutua 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.

Modalità di erogazione delle prestazioni di diagnostica e terapia

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- 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, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.
- In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno **scoperto del 25%**.
- 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 **€ 8.500,00** per nucleo.

C. VISITE SPECIALISTICHE

La Mutua provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Modalità di erogazione delle visite specialistiche

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- 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 **€ 30,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.
- In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno **scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica.**
- 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 visite specialistiche

La disponibilità annua per la presente garanzia è di **€ 1.000,00** per nucleo.

D. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

D.1 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA-RICOVERO

La Mutua liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

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

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni" al punto 3, la Società liquida le spese sostenute per gli esami diagnostici conseguenti a malattia o infortunio.

Le "modalità di erogazione" della garanzia sono le medesime della garanzia D.1 ed il massimale è condiviso con quello della garanzia D1.

Modalità di erogazione delle prestazioni per interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- 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, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.
- In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di uno **scoperto del 20%**.
- 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 per interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 3.000,00 per assistito.

D.2 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

La Mutua provvede al pagamento di un sinistro costituito da una visita specialistica e da una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni 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. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, **qualora si rendesse necessario**, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale. La Mutua provvederà al pagamento della prestazione fino ad un **massimo di € 60,00**;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Mutua, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Mutua provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

D.3 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Mutua, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

Modalità di erogazione delle prestazioni per cure dentarie da infortunio

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, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.
- 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 € 100,00 per ogni fattura**.
- 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 per interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero

La disponibilità annua per la presente garanzia è di **€ 1.000,00** per nucleo familiare.

D.4 PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora, nel corso di una prestazione di prevenzione odontoiatrica, venga accertata l'esigenza di un successivo piano di cure, la Mutua, essendo le prestazioni necessarie non comprese nella garanzia, rende disponibile l'applicazione delle proprie tariffe agevolate per il relativo piano di cura concordato con l'odontoiatra convenzionato.

D.5 ESAMI DIAGNOSTICI

In deroga a quanto previsto dal successivo art. "Esclusioni" al punto 3, la Società liquida le spese sostenute per gli esami diagnostici conseguenti a malattia o infortunio (come indicati al punto D.1).

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

E. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

La Mutua garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assistito quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo E.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

E.1 Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia per la *NON AUTOSUFFICIENZA*, le persone assistite **non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:**

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Avere limitazioni funzionali nel compiere uno o più dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
3. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
5. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.
6. Essere di età superiore ad anni 70.
7. Essere di età inferiore ad anni 18.

E.2 Somma assicurata

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assistito si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo E.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 500 da corrispondersi per una durata massima di 10 mesi.**

E.3 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo. Una persona, per esempio, che abbia bisogno di aiuto unicamente per lavarsi i capelli non verrà riconosciuta nell'incapacità di lavarsi).
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile. La capacità di nutrirsi implica di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire e non quella di tagliarli o aprire delle confezioni).
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio. Se una persona ad esempio può spostarsi da sola con l'aiuto di un bastone, di una stampella o di qualsiasi altro ausilio, viene considerata in grado di spostarsi da sola. Nel caso di utilizzo di sedia a rotelle il soggetto, per essere considerato autonomo, deve essere in grado di eseguire da solo i passaggi posturali quali poltrona/sedia a rotelle, sedia a rotelle/letto).
- vestirsi (La capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente. Il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non viene considerato incapacità di vestirsi).
e necessità temporaneamente ma in modo costante:
 - o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - o di sorveglianza medica/infermieristica prestati in regime di ricovero.

F. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI PER GRAVI PATOLOGIE

La Mutua provvede, esclusivamente presso strutture o centri convenzionati, al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi resi necessari dalle seguenti patologie:

- Ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti,
- Forme neurologiche degenerative e neuro miopatiche.

I trattamenti riabilitativi devono essere prescritti dal medico di base o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata.

Massimale delle prestazioni per trattamenti fisioterapici per gravi patologie

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 2.000,00 per nucleo familiare.

G.) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI A SEGUITO DI MALATTIA, INFORTUNIO E INTERVENTI CHIRURGICI

La Società provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici e riabilitativi da **malattia, infortunio e anche conseguenti** a interventi chirurgici.

Massimale della prestazione per fisioterapia e riabilitazione da malattia, infortunio e conseguenti a interventi chirurgici.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500,00 per nucleo familiare

Modalità di erogazione delle prestazioni per fisioterapia e riabilitazione da malattia, infortunio e conseguenti a interventi chirurgici

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 Società alle strutture stesse, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

- b) In caso di assistenza in **forma rimborsuale**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, nel limite del massimale previsto per la garanzia.
Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Assistito fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.
Diversamente, l'Assistito dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata con Previmedical.
- c) Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

H. IMMUNONUTRIZIONE

La garanzia prevede 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente (Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce il servizio di reperimento a carico della Compagnia o presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente). La prestazione è erogata in regime di assistenza diretta. (Vedi documento dedicato)

I. RPM SERVICES – MONITORAGGIO DOMICILIARE REMOTO DEL PAZIENTE

Il programma è dedicato a pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero.

L. DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO

Sconto del 50% sui dispositivi di monitoraggio acquistati on-line dal portale Intesa Sanpaolo RBM Salute (Vedi documento dedicato)

ESTENSIONI E CARENZE DEL PIANO SANITARIO

Estensione Territoriale

L'assistenza vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Termini di aspettativa

La garanzia decorre dalle 00.00:

- dal giorno di effetto della copertura del Piano Sanitario per le malattie manifestatesi in un momento successivo alla decorrenza della copertura e per gli infortuni;
- del 90° giorno successivo a quello di effetto della copertura del Piano Sanitario per le conseguenze di malattie e infortuni preesistenti alla data di copertura del Piano Sanitario; relativamente alle malattie, il termine di aspettativa opera per le conseguenze di stati patologici manifestatisi anteriormente alla decorrenza della copertura del Piano Sanitario;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto della copertura del Piano Sanitario per il parto e l'aborto terapeutico.

I termini di aspettativa sopraindicati non vengono applicati qualora la persona risulti essere stata assicurata nell'annualità precedente e quindi in continuità assicurativa con un piano sanitario avente le medesime garanzie.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO

Esclusioni

Fermo restando quanto previsto dall'art. "Termini di aspettativa", l'assistenza non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto ancorché prestato da altro Ente/Assicurazione senza soluzione di continuità. 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;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, 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 dell'Assicurato 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'Assicurato 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. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
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'Assicurato;
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 ed eventi atmosferici;
13. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Sono escluse dal Piano Sanitario relativamente alla garanzia “Grave invalidità permanente da infortunio” le invalidità dovute a:

1. guida e uso di mezzi di locomozione aerei;
2. 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;
3. corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
4. svolgimento di attività sportive a carattere professionale;
5. corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
6. delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
7. atti di terrorismo, attentati, guerra o insurrezione;
8. trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
9. 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.

DEFINIZIONI

Le seguenti definizioni fanno parte integrante dei Nomenclatori ed esplicano 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.