

## **NOMENCLATORE - Piano sanitario Tutela Salute Base anno 2025**

### **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.

**Anagrafica:** file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

**Assistito:** il soggetto il cui interesse è protetto dalle norme del successivo Nomenclatore, ovvero il Socio di Ulisse- società di mutuo soccorso.

**Assicurazione:** il contratto intercorrente tra la Società (Intesa San Paolo RBM salute spa) 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 presente Nomenclatore, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

**Assistenza diretta:** regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assistito eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle norme del Nomenclatore

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

**Associato:** Ulisse — Società di Mutuo Soccorso, associato alla Cassa, e pertanto i soci della Mutua.

**Carenza:** periodo compreso tra l'ingresso in copertura (prima richiesta di adesione alla Mutua) e l'attivazione delle coperture.

**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 lettera di dimissioni e la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.) non sostituiscono la cartella clinica.

**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 (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

**CDA:** Condizioni di copertura descritte nel successivo Nomenclatore.

**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 Medico:** struttura, anche non adibita al ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

**Certificato di copertura:** il documento rilasciato dalla Società all'Associato che riporta gli elementi principali della copertura (decorrenza e scadenza della copertura, il contributo associativo alla Mutua, gli estremi dell'Aderente/Associato, i soggetti garantiti, ecc).

**Compagnia:** Intesa san Paolo RBM Salute spa

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

**Day Hospital:** ricovero senza pernottamento in Istituto di Cura, per 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:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

**Evento/Data Evento:**

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo ricovero concluso con propria cartella clinica, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie)

N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, gli eventi sono due o più e considerati distinti (esempio: più cartelle cliniche, relative anche a trasferimenti senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, determinano due o più eventi considerati distinti).

**Data evento:** data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

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

**Franchigia:** importo fisso che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

**Indennità sostitutiva:** indennizzo forfettario giornaliero conseguente a ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico dell'Assistito, durante il ricovero.

**Indennizzo:** la somma che Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) deve in caso di sinistro, coperto dalle presenti norme del Nomenclatore.

**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 stipulate apposite convenzioni (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, 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 a deputate alle lungodegenze (RSA). E gli Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

**Lungodegenza:** ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

**MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa):** modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata. Consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica ed infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

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

**Malattia Mentale:** le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9ª 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.**

**Medicina Alternativa o Complementare:** pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica

**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 ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet [www.mutuaulisse.it](http://www.mutuaulisse.it)

**Nucleo familiare:** il richiedente l'adesione a Mutua Ulisse, il coniuge non legalmente separato 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 assistenziale, i figli del coniuge o del convivente.

**Pandemia:** epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

**Polizza: Contratto di assicurazione** che descrive e prova l'assicurazione intercorrente tra Intesa Sanpaolo RBMsalutespa e Ulisse – società di mutuo soccorso, contratta a favore dei soci di Mutua Ulisse; la polizza è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti dall'Assicurato.

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente (Mutua Ulisse) alla Società.

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

**Questionario sanitario:** documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Se previsto, costituisce parte integrante del Contratto

**Reclamo:** una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

**Regime misto:** regime per cui l'Assistito

- attiva la centrale operativa
- accede ad Istituti di cura convenzionati del Network e riceve prestazioni mediche da medici non convenzionati.

**Regime rimborsuale:** regime per cui Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel presente Nomenclatore e nella Guida alle prestazioni

**Ricovero:** degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera). N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più considerati distinti.

**Ricovero improprio:** la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

**Rimborso/Indennizzo:** la somma che Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) deve in caso di sinistro coperto dalle presenti norme del Nomenclatore, a fronte di spese sostenute dall'Assistito e previste dal Nomenclatore.

**Scoperto:** percentuale delle spese a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

**Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso indennizzabile a norma del presente Nomenclatore.

**Società:** Intesa San Paolo Rbm Salute spa, che gestisce le prestazioni e i rimborsi per conto di Ulisse – società di Mutuo soccorso.

**Sport professionistico / Gare professionistiche:** attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

**Sub-massimale:** importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola

garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Per ricoveri con intervento chirurgico il sub-massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

**Tecniche di comunicazione a distanza**

tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

**Test genetici prenatali non invasivi:** test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per rilevare la presenza di aneuploidie (cioè alterazioni del numero normale di cromosomi) nel feto.

**Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi:** prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come dalle norme del presente Nomenclatore.

Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da:

- medico specialista
- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, **Terapista della riabilitazione** dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici) o per finalità di mantenimento



## NOMENCLATORE “A” – PIANO TUTELA SALUTE BASE DECORRENZA 01/01/2025 – 31/12/2025

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

**Oggetto delle Coperture Sanitarie** – Mutua Ulisse garantisce le spese sostenute dall'Assistito a seguito di malattia o infortunio, che abbiano luogo durante l'operatività dell'adesione a Mutua Ulisse e del Nomenclatore qui descritto. Il presente Piano Sanitario è operante per le seguenti prestazioni:

A) Prestazioni Ospedaliere ( dai punti 1.1 a 2).

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, quelli elencati nell'Allegato n.2 “Elenco Gravi Eventi Morbosi”;

B) Prestazioni extraospedaliere

B1. Alta specializzazione;

B2. Grave invalidità permanente da infortunio (garanzia operante per il solo titolare);

B3. Prestazioni a tariffe agevolate;

B4. Dread Disease

C) Prestazioni di Prevenzione

C1. Pacchetti Prevenzioni annuali e biennali;

C2. Visite di controllo;

D) Altre garanzie

## CAPITOLO 1° - INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1) L'Assistito deve rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fa, può perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e possono cessare del tutto le prestazioni. L'Assistito, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre a Mutua Ulisse e Intesa Sanpaolo RBM Salute di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari conviventi), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

### Art. 2) Altre assicurazioni/coperture

L'Assistito è esonerato dal comunicare a Mutua Ulisse e a Intesa Sanpaolo RBM Salute se ha stipulato o stipula altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Assistito deve avvisare tutti gli assicuratori/Enti, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'Assistito deve farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, Mutua Ulisse o Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento (codice civile).

### Art. 3) Estensione Territoriale

L'assicurazione vale in tutto mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

### Art. 4) Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

### Art. 3. Decorrenza

La copertura prestata da Mutua Ulisse con il presente Piano sanitario, dura UN anno e ha effetto:

- per i soci della Mutua già iscritti, che versano il contributo di rinnovo entro il 15 marzo, dalle ore 00:00 del giorno 01 Gennaio 2025
- per i nuovi Soci della Mutua: dal 60° giorno successivo al pagamento del contributo a Mutua Ulisse.

### Art. 5) Inclusione di Familiari in corso d'anno

L'inclusione in copertura deve essere sempre contestuale alla sottoscrizione della copertura da parte del titolare della stessa.

È consentita in un momento successivo alla decorrenza della polizza solo in caso di variazione dello stato di famiglia per nascita.

Le inclusioni devono essere comunicate a Mutua Ulisse (per Intesa Sanpaolo RBM Salute) **entro 30 giorni** dall'evento (per esempio, dalla nascita del figlio). La copertura opera da quando i familiari inclusi sono a carico del titolare della copertura.

Se la comunicazione è fatta **dopo i 30 giorni**: la copertura opera dalle ore 00:00 del giorno successivo alla comunicazione.

Le comunicazioni devono essere effettuate con modalità telematiche.

Le medesime condizioni valgono anche nel caso in cui il figlio acquisisca il requisito di convivente. Nel caso di perdita del requisito di convivente da parte del figlio, la copertura cessa alla primascadenza utile.

Per le inclusioni nel primo semestre è dovuto il 100% del contributo annuo, per l'intero periodo di copertura. Per le inclusioni nel secondo semestre: è dovuto il 60% del contributo annuo, per l'intero periodo di copertura.

## CAPITOLO 2° - cosa copre il PIANO SANITARIO (A) - BASE

### 1.) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

#### 1.1) 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: la permanenza in Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

La Mutua (per il tramite di Intesa SanPaolo RBM Salute spa) provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

##### 1.1.1) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, o dell'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha determinato il ricovero o l'intervento chirurgico.

##### 1.1.2) Durante il ricovero (Se per Intervento chirurgico : solo per Grande Intervento Chirurgico)

Onerari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (se risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, endoprotesici applicati durante l'intervento, necessari 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.

Retta di degenza: nel caso di ricovero a rimborso, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di 200 euro al giorno, compreso il caso di ricovero in terapia intensiva. Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie.

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi

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

##### 1.1.3) Post-ricovero

Accertamenti diagnostici, esami, acquisto dei medicinali prescritti dal medico curante al momento delle dimissioni dall'Istituto di Cura, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di Cura), prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro 100 giorni dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che sono esclusi i costi relativi alla degenza, al vitto e all'alloggio in caso di spese effettuate in regime di ricovero.

In caso di ricovero effettuato presso il SSN, con richiesta di indennità sostitutiva (come prevista al punto Indennità sostitutiva 1.7, sono riconosciute le prestazioni post ricovero che potranno essere gestite in forma diretta

##### 1.1.4) Trapianti (garanzia operante esclusivamente quale Grande Intervento Chirurgico)

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono riconosciute le spese di cui ai punti 1.1 e A5 (Trasporto sanitario) 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.

### ***Interventi particolari***

L'intervento di mastectomia radicale e l'intervento di quadrantectomia sono previsti sia in caso di Assistenza diretta che in regime rimborsuale.

#### ***1.2) Degenza in regime di Day Hospital***

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste dalla garanzia "Ricovero in Istituto di Cura a seguito di malattia o infortunio per Grande Intervento Chirurgico e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso e "Trasporto sanitario".

Sono escluse le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali a soli fini diagnostici.

#### ***1.3) Parto e aborto terapeutico***

Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) corrisponde un'indennità giornaliera in caso di parto e aborto terapeutico di 65,00 euro al giorno per ogni giorno di ricovero per massimo 30 giorni a ricovero.

#### ***1.4) Accompagnatore***

Per un accompagnatore dell'Assistito: è garantito il vitto e il pernottamento in Istituto di cura o in struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentati (fatture, notule, ricevute).

Nel caso di **utilizzo del regime rimborsuale, limite di utilizzo di € 100,00** al giorno.

#### ***1.5) Trasporto sanitario***

Intesa San Paolo RBM SALUTE (per conto di Mutua Ulisse) 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, con il massimo di **€ 2.000,00 per ricovero**.

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

#### ***1.6) Rimpatrio della salma***

Rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero durante il ricovero.

Limite annuo: 2.000,00 euro a nucleo.

#### ***1.7) Indennità sostitutiva***

Se l'Assicurato non sostiene spese durante il ricovero, Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) liquida un'indennità di 120,00 euro per ciascun giorno di ricovero fino a massimo 90 giorni per annualità assicurativa.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

In caso di richiesta di indennità sostitutiva, Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) riconosce le prestazioni di Pre e Post ricovero solo se eseguite in assistenza diretta e dunque previa autorizzazione presso le strutture del Network convenzionato.

L'indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura sanitaria.

#### ***1.8) 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 (per il tramite di Intesa San Paolo RBM salute) concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assistito

secondo le prescrizioni redatte dai sanitari che hanno effettuato le dimissioni, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

#### **La copertura opera solo in assistenza diretta.**

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

#### **1.9) 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 comunicati alla Mutua entro 30 giorni dalla nascita. In tal caso, per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici.

#### **2) ) Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere**

Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili a termini delle norme del presente Nomenclatore, in regime rimborsuale.

I ricoveri e/o Day Hospital impropri, sono quelli 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.

#### **Modalità di erogazione delle prestazioni ospedaliere**

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato nel modo seguente:

- a) **Assistenza diretta.** Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con Previmedical (per conto di Mutua Ulisse) ed effettuate da **medici convenzionati**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Mutua (per il tramite di Intesa San Paolo RbmSalute) alle strutture convenzionate, **con applicazione dello scoperto del 10%**, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- b) **Regime rimborsuale.** 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.
- c) Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con Previmedical (per conto di Mutua Ulisse) ed effettuate da **medici non convenzionati**, le spese relative alle strutture vengono liquidate direttamente da Intesa San Paolo RbmSalute (per conto di Mutua Ulisse) alle strutture convenzionate, **con applicazione dello scoperto del 10%**, 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 1.7 “Indennità sostitutiva”, Intesa San Paolo RBMSalute (per conto di Mutua Ulisse) 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.)

**Tutte le seguenti prestazioni sono liquidate senza applicazione di scoperti e/o franchigie:**

- retta di degenza
  - interventi urologici effettuati con chirurgia robotica
  - accompagnatore
  - assistenza infermieristica privato individuale
  - trasporto sanitario
  - rimpatrio della salma
- 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.

## B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

### B.1. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra ospedaliere:

#### **B.1.1) Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)**

- Angiografia (**In caso di esecuzione in regime di Day hospital o ricovero, sono liquidabili/rimborsabili solo i costi connessi all'accertamento diagnostico, con esclusione di quelli relativi alla degenza o al ricovero**)
- 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
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

#### **B.1.2) 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.1.3) Terapie

- Dialisi

### Modalità di erogazione delle prestazioni di diagnostica e terapia

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 da Mutua Ulisse (per il tramite di IntesaSanPaolo RbmSalute) alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia fissa di € 40,00 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.2) GRAVE INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO (garanzia per il solo titolare)

Nel caso di invalidità permanente, conseguente a infortunio occorso in data successiva alla decorrenza della presente copertura, 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), Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa San Paolo RBM salute spa) 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.

### B.3. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE A TARIFFE AGEVOLATE

B.3.1 La Mutua rende disponibile l'applicazione delle tariffe agevolate (messe a disposizione da di Intesa San Paolo RBM salute spa ) relative agli accertamenti diagnostici non compresi nella garanzia B.1 "Alta specializzazione".

### B.4. DREAD DISEASE

#### B.4.1) Prestazioni

Mutua Ulisse(per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) eroga in favore dell'Assistito una somma di importo pari a 2.500,00 euro, in caso di:

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

La garanzia è operante se la data della prima diagnosi dell'evento, comprovata da certificazione medica e Cartella clinica, sia successiva all'01/01/2019 e, per i nuovi soci, successiva alla data di adesione. La copertura è attiva 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, Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute) paga ai beneficiari l'importo liquidato o offerto. **L'indennità verrà corrisposta una sola volta per grave evento e per Assistito.**

## C) PREVENZIONE -Prestazioni particolari

### C.1) PACCHETTI PREVENZIONE

Mutua Ulisse (per il tramite di Intesa San Paolo RBM Salute) provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in **strutture sanitarie convenzionate**. 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

## *Prestazioni previste ogni due anni*

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

**1) Pacchetto UNO : Sia per uomo che per donna over 50 anni:**

- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Eco addome completo

**2) Pacchetto DUE : 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) Pacchetto TRE : Monitoraggio delle Patologie tiroidee**

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

**4) Pacchetto Quattro: Prevenzione osteoporosi**

- Densitometria ossea computerizzata total body
- Visita endocrinologica

**5) Pacchetto Cinque: Prevenzione dermatologica**

- a) Visita specialistica dermatologica
- b) Mappatura dei nei in epiluminescenza

Se per tutte le prestazioni da effettuarsi esclusivamente attraverso l'utilizzo di Strutture sanitarie e medici/professionisti convenzionati con il Network e, a seguito di verifica nell'area riservata, emerge che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo più di 30 km, l'assicurato ha diritto di effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati. L'assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione. Tale agevolazione non vale per chi si trova all'estero.

### **Modalità di erogazione delle prestazioni relative alla prevenzione(C.1)**

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 da Mutua (per il tramite di IntesaSanPaoloRbmSalute spa) alle strutture convenzionate senza applicazione di franchigie o scoperti.

### **C.2) VISITE DI CONTROLLO**

La società eroga, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito, 1 (una) visita di controllo una volta al mese da effettuare presso una struttura convenzionata con medico convenzionato.

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

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

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.

Se per tutte le prestazioni da effettuarsi esclusivamente attraverso l'utilizzo di Strutture sanitarie e medici/professionisti convenzionati con il Network e a seguito di verifica nell'area riservata, emerge che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo più di 30 km, l'assicurato ha diritto di effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati. L'assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione. Tale agevolazione non vale per chi si trova all'estero.

## D.) ALTRE GARANZIE

### D.1) FECONDAZIONE ETEROLOGA

La Società copre le spese necessarie a trattare la fecondazione eterologa presso Strutture Sanitarie nell'Unione Europea, fino a concorrenza di € 250,00 per nucleo e per anno.

Se il trattamento è effettuato all'estero, sono escluse tutte le spese di trasferta/trasferimento

### D.2) TEST GENETICI PRENATALI NON INVASIVI SU DNA FETALE

La garanzia "Alta Diagnostica" comprende i 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 cromosomisessuali X e Y (per esempio: Harmony test, Prenatal Safe, ecc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi e alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale.

#### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta: con franchigia 35,00 euro a prestazione
- Regime rimborsuale: con scoperto del 20% minimo 60,00 euro a prestazione
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso ticket al 100%

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

#### Modalità di erogazione delle prestazioni per la garanzia D.2) 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.

Massimale annuo: **condiviso con Alta specializzazione.**

#### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta: con franchigia 35,00 euro a prestazione
- Regime rimborsuale: con scoperto del 20% minimo 60,00 euro a prestazione
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso ticket al 100%

### D.3) ASSISTENZA POST PARTO

D.3.1) 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:

#### c) 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.

#### d) 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.

#### e) 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

**Regime di erogazione: Assistenza diretta; Massimale illimitato; nessuna franchigia o scoperto.**

Se per tutte le prestazioni da effettuarsi esclusivamente attraverso l'utilizzo di Strutture sanitarie e medici/professionisti convenzionati con il Network e a seguito di verifica nell'area riservata, emerge che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo più di 30 km, l'assicurato ha diritto di effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati. L'assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione. Tale agevolazione non vale per chi si trova all'estero.

#### D.4) CONTROLLO PEDIATRICO

Visite specialistiche pediatriche di controllo alle seguenti condizioni ed età **in assistenza diretta:**

- 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 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.

Se per tutte le prestazioni da effettuarsi esclusivamente attraverso l'utilizzo di Strutture sanitarie e medici/professionisti convenzionati con il Network e a seguito di verifica nell'area riservata, emerge che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo più di 30 km, l'assicurato ha diritto di effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati. L'assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione. Tale agevolazione non vale per chi si trova all'estero.

#### D.5) SINDROME DI DOWN

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) accertata nei primi 3 anni di vita del neonato, 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.

#### E) 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:

##### E.1) SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Se per Infortunio o Malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda 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 ovviando 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.

## **E.2) SECOND OPINION**

### 1. Prestazioni

La Second Opinion è un secondo parere medico che l'Assistito può richiedere alla Compagnia una sola volta nel corso della annualità assicurativa e solo nel caso in cui abbia ricevuto una diagnosi dopo la data di decorrenza della copertura assicurativa, relativa a:

- Infarto miocardico
- Cancro
- Ictus cerebrale
- Insufficienza renale
- Insufficienza epatica cronica terminale
- Coma
- Necessità di sottoporsi a trapianto d'organo come ricevente.

La Second Opinion può essere richiesta entro 6 mesi dal giorno della diagnosi di cui sopra.

L'Assistito (o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare) deve spiegare ai medici della Centrale operativa il proprio caso, e inviare tutta la relativa documentazione medica.

I medici della Centrale operativa verificano la documentazione pervenuta e la inviano al Centromedico convenzionato col Network specializzato in relazione alla patologia dell'Assistito.

Entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione, la Centrale operativa invia all'Assistito la Second opinion scientifico-specialistica.

La Compagnia si fa carico delle spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione della prestazione.

### 2. Regimi e condizioni di erogazione

<b>Massimali</b>	<b>Regimi di erogazione</b>	<b>Franchigie e scoperti</b>
Massimale: illimitato	Assistenza diretta	nessuno scoperto/franchigia

**F)**

## **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 contributo associativo a Mutua Ulisse, 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 la patologia risulti preesistente alla data di decorrenza del primo piano sanitario comprovato oppure se non risulti garantita dalla precedente copertura sanitaria scaduta da non oltre 60 giorni.

## **G) DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELLE PRESTAZIONI**

### **ESCLUSIONI**

Sono escluse dal piano sanitario:

- 1) spese relative a ricoveri, interventi che siano conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate prima della data di adesione da parte di ciascun Assicurato (Titolare e suoi eventuali familiari) a Mutua Ulisse.  
Per i nuovi aderenti o gli aderenti già assicurati anche con altra compagnia di assicurazione per una copertura preesistente alla data di prima adesione a Mutua Ulisse, si intendono esclusi ricoveri che siano conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate prima della data di adesione da parte di ciascun assicurato a coperture sanitarie prestate da altra compagnia di assicurazione e preesistenti alla presente polizza, senza soluzione di continuità (ovvero, scaduta da non oltre 60 giorni rispetto alla data di adesione a Mutua Ulisse) o prima della data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione.  
In relazione agli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo, si intendono compresi in garanzia quelli sostitutivi di protesi che siano state impiantate dopo la data di prima adesione del socio alla polizza senza soluzione di continuità o alla data di successiva adesione in caso di interruzione
- 2) infortuni causati da azioni dolose dell'Assicurato
- 3) conseguenze di infortuni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni
- 4) infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"
- 5) infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
- 6) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
- 7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomoradiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- 8) spese in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
- 9) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati fino a 3 anni; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza e avvenuti in corso di contratto
- 10) protesi dentarie, cure dentarie e paradentarie, ad eccezione di quelle a scopo ricostruttivo resenecessarie da infortunio
- 11) cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze o di malformazioni diagnosticati e/o conosciuti prima della data di adesione ad una copertura assicurativa, ancorché prestata da altra Compagnia di assicurazione e preesistente alla data di adesione a Mutua Ulisse, senza soluzione di continuità o prima della data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione
- 12) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)
- 13) ricoveri impropri
- 14) ricoveri in lungodegenza
- 15) infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, le relative conseguenze e complicanze
- 16) conseguenze dirette o indirette di pandemie.

**Sono escluse, 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.

**Persone non assicurabili:** Possono essere assicurati i portatori di disabilità mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto al punto G) "Esclusioni", n. 8.

## H. LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

In caso di infortunio, l'Assistito o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute (che agisce per conto di Mutua Ulisse) non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo<sup>14</sup>.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione della Società, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

La Centrale operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica (ad esempio non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal medico di medicina generale ai fini della cura della patologia dell'Assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un Sinistro in copertura

La Società respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato
- errato inserimento della richiesta

**Inoltre per l'Assistenza diretta, si respinge anche nei casi di:**

- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati

**La Società richiede all'Assistito di integrare la richiesta di rimborso se:**

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario.

<sup>14</sup> Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

Se l'Assistito non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, il sinistro è respinto; **la domanda può essere ripresentata.**

### Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

Se l'Assistito riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso

### Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

### Visite di medici incaricati dalla Società

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati dalla Società e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

### Decesso dell'Assistito

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede:

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare Mutua Ulisse e Intesa Sanpaolo RBM Salute;
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso
- dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà con:
  - estremi del testamento
  - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
  - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
  - l'Assistito è deceduto senza lasciare testamento;
  - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi;
  - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità.
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Intesa Sanpaolo RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

**Tali previsioni non operano relativamente all'indennità sostitutiva e all'indennità conseguente a dread disease che non è trasmissibile agli eredi in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima delle dimissioni.**

#### **Prestazioni intramoenia**

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

#### **Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital**

I limiti di spesa (per esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

In regime di Assistenza Diretta, nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalle garanzie del presente Nomenclatore. L'Assistito è tenuto a restituire alla Società, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato è tenuto, su richiesta della Società, a restituire l'intera somma pagata dalla Società alla Struttura Convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura Convenzionata se la Società non aveva ancora provveduto al pagamento.

#### **Controversie: mediazione preliminare**

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.

### **IV. DISPOSIZIONI VARIE**

#### **1) RECLAMI.**

Come fare reclamo

I reclami sull'esecuzione e rispetto delle norme della Guida e del Nomenclatore (alla stregua di un servizio assicurativo) devono essere scritti e inviati a Intesa Sanpaolo RBMSalute a scelta:

- compilando il form on line (<https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html>),
- per posta ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami – Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
- per fax: 0110932609 - per mail: [reclami@intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:reclami@intesasanpaolorbmsalute.com)
- a mezzo pec: [reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com)

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

**Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danno di esecuzione del contratto.**

### **Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità**

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi.

### **Liti transfrontaliere**

Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su [www.ec.europa.eu/fin-net](http://www.ec.europa.eu/fin-net)) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

### **Risposte al reclamo**

Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento. Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Romafax: 06.42133206 pec: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it) informazioni su [www.ivass.it](http://www.ivass.it)
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia (D. Lgs. 28/2010, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali).
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

## **2. CONTROVERSIE**

### **2.1 Foro Competente**

Per le controversie tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Contraente Mutua Ulisse: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede legale Mutua Ulisse;

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assistito o dell'avente diritto.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

In caso di contestazioni aventi ad oggetto la gestione delle prestazioni erogate o negate, l'Assistito deve rivolgersi a IntesaSan Paolo RBM Salute spa

### **2.2 Legge applicabile alla presente Guida e ai Nomenclatori dei Piani sanitari di Mutua Ulisse.**

Rinvio alle Norme di Legge

Si applicano le norme della Legge italiana.

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

## ALLEGATO N.1

### ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

#### **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 mieolopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sulla ipofisi per via trans 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 ugotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectmia)
- Intervento demolitivi del 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
- Cistoprostatovescicolotomia
- 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
- Surrenalectomia.
- 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.

## ALLEGATO N.2

### ELENCO DEI GRAVI EVENTI MORBOSI

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