



GLOBAL CARE

Piano Sanitario ad adesione collettiva

QUOTE DI ADESIONE

€ 175 – Singolo Associato

€ 475 – Associato + nucleo familiare fiscalmente a carico

€ 600 – Associato + nucleo familiare fiscalmente non a carico

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Limite rimborsabile prestazioni ospedaliere	€ 100.000 annui per nucleo
1) RICOVERO A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER INTERVENTI CHIRURGICI (interventi compresi in elenco)	
-Assistenza diretta	100%
-Regime rimborsuale (solo in caso di domicilio in provincia priva di strutture convenzionate)	Non rimborsabile 20% (con minimo di € 2.000) e sotto-limite rimborsabile € 8.000 per intervento
-Utilizzo strutture convenzionate ma prestazioni effettuate da medici non convenzionati (solo in caso di domicilio in provincia priva di equipe medica convenzionata)	Non rimborsabile 20% (con minimo di € 2.000) e sotto-limite rimborsabile € 8.000 per intervento
-Ticket SSN	100%
Retta di degenza (solo fuori Network)	€ 300 al giorno
Pre- Ricovero (accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche)	120 giorni prima del ricovero o dell'intervento chirurgico

CONTROLLO & BENESSERE – SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



Post -Ricovero (prestazioni come da elenco)	120 giorni dopo il ricovero o l'intervento chirurgico
Retta accompagnatore (solo fuori network)	€ 50 al giorno, max. 30 giorni per evento
Assistenza Infermieristica privata	€ 60 al giorno, max 30 giorni per evento
Trasporto sanitario a seguito di intervento	€ 1.500 per evento
Neonati (correzione malformazioni congenite)	€ 10.000 - nel primo anno di vita
Indennità sostitutiva	€ 80 al giorno (primi 30 giorni); € 100 al giorno (da 31° fino a 100 giorni)
2) OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO PER RICOVERI DOVUTI AGLI INTERVENTI CHIRURGICI (come da elenco)	Illimitato, nell'ambito dei 120 giorni post ricovero
3) ORGANIZZAZIONE DI SERVIZI MEDICO-RIABILITATIVI, NOLEGGIO DI AUSILI MEDICO-SANITARI A SEGUITO DI RICOVERO MEDICO/CHIRURGICO PER NEOPLASIE MALIGNI.	Ulteriori 60 giorni post ricovero
4) OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER RICOVERI MEDICI (come da elenco)	Sotto-limite rimborsabile € 5.000 annui per nucleo

PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE

5) PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA (come da elenco)	
Limite rimborsabile	€ 6.000,00 annui per nucleo
Assistenza diretta	Non rimborsati € 35 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia
Regime rimborsuale	Non previsto
Ticket SSN	Non rimborsati € 5 a ticket

CONTROLLO & BENESSERE – SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



6) VISITE SPECIALISTICHE	
Limite rimborsabile	€ 700,00 annui per nucleo
<i>Assistenza diretta</i>	<i>Non rimborsati € 20 per visita</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>Non previsto</i>
<i>Ticket SSN</i>	<i>Non rimborsati € 5 a ticket</i>
7) TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO	
Limite rimborsabile	€ 500 annui per nucleo
<i>Ticket SSN</i>	<i>Non rimborsati € 5 per ticket</i>
8) PACCHETTO MATERNITA'	
Limite rimborsabile	€ 1.000 per gravidanza
<i>Assistenza diretta</i>	<i>100%</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>100%</i>
<i>Ticket SSN</i>	<i>100%</i>
<i>Parto</i>	<i>€ 80 al giorno, max 7 giorni</i>
9) PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI	
Limite rimborsabile	€ 3.000 annui a nucleo
<i>Assistenza diretta</i>	<i>Non prevista</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>Non rimborsato 20%</i>
10) LENTI OCCHIALI	
Limite rimborsabile	€ 90 per fattura su occhiali (montature escluse) e lenti a contatto (escluse le usa e getta) <i>(esclusi lenti e occhiali per finalità estetiche)</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>1 volta ogni 24 mesi, (1 volta ogni 12 mesi se vi sia variazione di almeno 1,5 diottrie su singolo occhio)</i>

CONTROLLO & BENESSERE – SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
11) VISITA SPECIALISTICA+ ABLAZIONE TARTARO	
Limite rimborsabile	Illimitato, 1 volta all'anno in un'unica soluzione
<i>Assistenza diretta</i>	-Visita specialistica odontoiatrica 100% -Ablazione tartaro (non rimborsato 25%)
<i>Regime rimborsuale</i>	Non previsto
12) IMPLANTOLOGIA	
Limite rimborsabile	€ 3.300 a nucleo € 1.300 a nucleo (2 impianti) € 700 a nucleo (1 impianto)
<i>Assistenza diretta</i>	100%
<i>Regime rimborsuale</i>	Non previsto
<i>Ticket SSN</i>	Non previsto
13) AVULSIONE (ESTRAZIONE DENTI)	
Limite rimborsabile	Max 4 denti all'anno
<i>Assistenza diretta</i>	100%
<i>Regime rimborsuale</i>	Non previsto
<i>Ticket SSN</i>	Non previsto
14) DIAGNOSTICA ODONTOIATRICA (come da elenco)	
Limite rimborsabile	€ 400 annui nucleo
<i>Assistenza diretta</i>	Non rimborsati € 35 a prestazione
<i>Regime rimborsuale</i>	Non previsto
<i>Ticket SSN</i>	Non rimborsati € 5 a ticket
15) ORTODONZIA	
Limite rimborsabile	€ 700 annui per nucleo
<i>Assistenza diretta</i>	100%
<i>Regime rimborsuale</i>	Non previsto
<i>Ticket SSN</i>	Non previsto



PREVENZIONE	
16) PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (come da elenco)	
Limite rimborsabile	Illimitato, 1 volta all'anno in un'unica soluzione
<i>Assistenza diretta</i>	-Prevenzione cardiovascolare uomo-donna; -Prevenzione oncologica (uomo >45 anni, donna >35 anni)
17) PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA	
Limite rimborsabile	Illimitato, 1 volta all'anno
<i>Assistenza diretta</i>	100%

PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE	
18) FISIOTERAPIA DA INFORTUNIO O PER PATOLOGIE PARTICOLARI	
Limite rimborsabile	€ 500 annui per nucleo
<i>Assistenza diretta</i>	<i>Costi max per seduta</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>Costi max per seduta</i>
<i>Ticket SSN</i>	<i>100% nei limiti previsti</i>
19) AGOPUNTURA MANU MEDICA	
Limite rimborsabile	€ 250 annui per nucleo
<i>Regime rimborsuale</i>	100%

INVALIDITA'	
20) INVALIDITA' PERMANENTE	
Limite rimborsabile	
<i>Invalidità derivante da infortunio o malattia professionale certificata dall'INAIL di grado uguale o superiore all'80%;</i>	-€ 6.000,00 una tantum tra 80% e 90%



<i>Invalidità per patologia certificata dall'INPS di grado uguale o superiore all'80%</i>	-€ 8000,00 una tantum tra 91% e 100%
<i>Regime rimborsuale</i>	100%

ALTRE PRESTAZIONI	
21) IMMUNONUTRIZIONE	
Limite rimborsabile	Illimitato <i>(3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico)</i>
<i>Assistenza diretta</i>	100%
22) RIABILITAZIONE E CONTROLLO	
Limite rimborsabile	€ 500 annui a nucleo Per ogni anno un pacchetto a scelta tra: 1) Riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore; 2) Riabilitazione post-partum; 3) Post menopausa.
<i>Regime rimborsuale</i>	100%
23) COMFORTSALUTE	
<i>(Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura. Trasferimento sanitario e rientro sanitario. Second opinion)</i>	

CONTROLLO & BENESSERE – SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



CHI PUO' ADERIRE

Il presente Piano Sanitario integrativo è esclusivamente ad adesione collettiva. Possono aderire Aziende, Enti, Associazioni per tutti i propri dipendenti, amministratori e/o soci ovvero ulteriori gruppi omogenei di soggetti nella loro interezza.

Non è consentita l'adesione singola o parziale.

Non è consentita l'adesione a soggetti che al momento dell'attivazione del Piano Sanitario abbiano già compiuto 80 anni.

In caso di raggiungimento del suddetto limite di età la copertura cessa alla prima scadenza annuale del presente piano, salvo specifica espressa deroga.

E' possibile scegliere tra tre diverse formule di adesione, versando i relativi contributi associativi:

- 1) singolo Associato;
- 2) Associato + nucleo familiare a carico;
- 3) Associato + nucleo familiare non a carico;

la scelta di una delle tre formule viene fatta dall'Azienda/Ente/Associazione in modo univoco per tutti i Beneficiari.

Ai fini del presente Piano Sanitario si intende per nucleo familiare: *il titolare, il coniuge o convivente more uxorio e relativi figli, fiscalmente a carico e non, fino al compimento dei 26 anni di età, purché conviventi, risultanti dallo stato di famiglia. Sono compresi anche i figli non presenti nello stato di famiglia sino al compimento del 30° anno di età, purché iscritti all'università e residenti fuori dalla provincia di residenza del nucleo.*

Per informazioni e per aderire contattare i seguenti recapiti:

Numero verde: 800 894 199

Mail: info@cebmutua.it

Sito web: www.cebmutua.it

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

ASSISTENZA DIRETTA:

Le prestazioni erogate in assistenza diretta dovranno essere fruite presso le strutture convenzionate con la Mutua.

Le strutture del network possono essere consultate nell'area riservata dell'Associato ovvero al seguente link: <https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/network.html>

L'Associato, attivando la Centrale Operativa, dovrà richiedere la preventiva emissione di un Voucher Salute (presentando la documentazione richiesta) con le seguenti modalità:

CONTROLLO & BENESSERE – SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



- attraverso l'area riservata raggiungibile dal sito www.cebmutua.it;
- chiamando il num. verde 800.99.31.80 (da tel. fisso);
- chiamando il num. 0422.17.44.161 (da cellulare o dall'estero)

Successivamente, previa prenotazione, potrà ricevere la prestazione nella struttura convenzionata scelta.

REGIME RIMBORSUALE:

Per ottenere il rimborso delle prestazioni l'Associato potrà compilare on line la richiesta, allegando la relativa documentazione giustificativa medica e di spesa, attraverso l'area riservata raggiungibile dal sito www.cebmutua.it.

ESCLUSIONI

Sono esclusi e non rientrano nel presente Piano Sanitario:

1. *Gli infortuni sofferti da persona colpite da apoplessia o affette da epilessia, paralisi, delirio tremens;*
2. *gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;*
3. *gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;*
4. *gli infortuni derivanti 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 comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";*
5. *gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;*
6. *le conseguenze di insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui il Beneficiario abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;*
7. *le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;*
8. *le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;*
9. *le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;*
10. *interruzione volontaria della gravidanza;*
11. *gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il primo anno di età e per i quali sia stata attivata la copertura del presente piano sanitario dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi del presente Piano Sanitario, avvenuti durante l'operatività del contratto; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi del presente Piano Sanitario, per tumori maligni, avvenuti durante l'operatività del contratto;*
12. *le cure dentarie, parodontarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici, salvo quanto previsto alla Sez. I, Cap. 11) "Prestazioni odontoiatriche particolari", 12) "Prestazioni di implantologia" 13) "Avulsione (Estrazione denti)", 14) diagnostica odontoiatrica, 15) ortodonzia;*

CONTROLLO & BENESSERE – SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



13. cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla data di prima adesione al presente Piano Sanitario;
14. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi del presente Piano Sanitario;
15. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
16. ricoveri in lungodegenza;
17. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
18. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;
19. gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
20. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
21. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il ricovero";
22. cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
23. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
24. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
25. ricoveri impropri;
26. le prestazioni effettuate da figure professionali non riconosciute dall'ordinamento giuridico italiano come attività medico-sanitarie quali, a titolo di esempio, chiropratici, osteopati, ecc.;
27. gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza ed efficacia del presente Piano Sanitario nonché le relative conseguenze e complicanze.
28. infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per il Beneficiario attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
29. partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando il Beneficiario svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
30. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.
31. Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.