



GLOBAL CARE

Piano Sanitario ad adesione collettiva



INDICE

SEZIONE I – Prestazioni previste nel Piano Sanitario (pag. 3)

SEZIONE II - Delimitazioni ed esclusioni (pag. 39)

SEZIONE III – Adesione al Piano Sanitario (pag. 42)

SEZIONE IV – Accesso alle prestazioni (pag. 43)

SEZIONE V – Glossario (pag. 56)

SEZIONE I – PRESTAZIONI PREVISTE NEL PIANO SANITARIO

Il presente Piano Sanitario prevede, con i limiti in esso indicati e fino a concorrenza delle somme rimborsabili, la copertura delle spese sostenute dal Beneficiario e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio avvenuti dopo la data di efficacia del Piano Sanitario stesso, per le seguenti prestazioni:

Prestazioni Ospedaliere:

1. Ricovero in Istituto di Cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico (solo grandi interventi chirurgici compresi in elenco);
2. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri chirurgici (solo grandi interventi chirurgici compresi in elenco);
3. Organizzazione di servizi medico-riabilitativi, noleggio di ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne;
4. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri medici;

Prestazioni Extraospedaliere:

5. Prestazioni di diagnostica e terapia;
6. Visite specialistiche;
7. Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso;
8. Pacchetto maternità;
9. Presidi e ausili medici ortopedici;
10. Lenti e occhiali;

Prestazioni Odontoiatriche:

11. Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione);
12. Prestazioni di implantologia;
13. Avulsione (estrazione denti);
14. Diagnostica odontoiatrica;
15. Ortodonzia;

Prevenzione:

16. Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione);
17. Sindrome metabolica;

Prestazioni Fisioterapiche:

18. Fisioterapia da infortunio e patologie particolari;
19. Agopuntura manu medica;

Invalidità:

20. Invalidità permanente;

Altre prestazioni:

21. Immunonutrizione;
22. Pacchetti di riabilitazione e controllo;
23. Comfort salute

PRESTAZIONI OSPEDALIERE
1) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Limite rimborsabile	€ 100.000,00 annui per nucleo
1) RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI COME DA ELENCO	
-Assistenza diretta	100%
-Fuori rete e mista (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%
Limite retta di degenza (solo fuori Network)	€ 300 al giorno
Pre Ricovero	120 giorni
Post Ricovero	120 giorni
Limite accompagnatore (solo fuori network)	€ 50 al giorno, max. 30 giorni per evento
Assistenza Infermieristica	€ 60 al giorno, max 30 giorni per evento
Trasporto	€ 1.500,00 per evento
Neonati (correzione malformazioni congenite)	Nel primo anno di vita fino ad € 10.000
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 AD INTERVENTO CHIRURGICO (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	Ulteriori 60 gg. post ricovero



RICOVERO MEDICO/CHIRURGICO PER NEOPLASIE MALIGNI.	
4) OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER RICOVERI MEDICI (come da elenco)	Sotto-limite rimborsabile € 5.000 annui per nucleo

Per ricovero si intende la degenza in istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di pronto soccorso non costituisce ricovero.

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI COMPRESI NEL PIANO SANITARIO:

NEUROCHIRURGIA

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

CHIRURGIA GENERALE

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

OCULISTICA:

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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



CHIRURGIA DEL COLLO

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

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

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 toracotomica;
- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche 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 retto coliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica



- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatiche acute o croniche per via laparotomica
- Interventi su esofago, stomaco e 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

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovesicolecomia
- 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

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

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 di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- 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
- Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero micro vascolare

CHIRURGIA MAXILLO -FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche.

Qualora il Beneficiario venga ricoverato per uno dei sopra elencati grandi interventi chirurgici, può godere delle seguenti prestazioni:

- Pre-ricovero

Esami di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero o dell'intervento chirurgico, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero o l'intervento chirurgico.

- Intervento chirurgico

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

- Assistenza medica, medicinali, cure

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

- Retta di degenza

Escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione). Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero a rimborso le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 300** al giorno.

- Accompagnatore



Retta di vitto e pernottamento per un (1) accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera. La copertura è prestata nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30 giorni** per ricovero.

- **Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 60,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per evento.

La presente copertura è prevista in forma esclusivamente rimborsuale.

- **Post-ricovero**

Esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o riabilitativi e cure termali, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi altresì i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato.

Per medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la copertura è prevista dal Piano in forma esclusivamente rimborsuale. Nel caso in cui il Beneficiario si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Mutua rimborsa integralmente i ticket sanitari.

- **Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico**

La Mutua rimborsa le spese di trasporto del Beneficiario all'istituto di cura (andata e ritorno) presso il quale debba recarsi per ricevere una prestazione sanitaria oggetto del presente Piano, nonché le spese di trasporto da un istituto di cura all'altro, con mezzi sanitariamente attrezzati.

La scelta del mezzo di trasporto spetta alla Mutua ovvero a struttura dalla Mutua convenzionata, in base alle condizioni del paziente e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

E' in ogni caso escluso l'uso di eliambulanze.

Il rimborso è previsto nel limite massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

- **Trapianti**

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Mutua riconosce le spese previste alla Sez. I cap. 1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico" nonché il "Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico" 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 copertura 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.

- **Neonati**

La Mutua provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero spesi nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato.

- **Indennità sostitutiva per intervento chirurgico**

Il Beneficiario, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00** per ciascun giorno di ricovero per i primi **30 giorni** di ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Dal 31° giorno fino al 100° giorno di ricovero, l'indennità viene elevata a **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero.

Come già indicato per ricovero si intende la degenza in istituto di cura comportante pernottamento: pertanto l'indennità sostitutiva viene conteggiata per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

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

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

2) OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO PER RICOVERI DOVUTI AI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Nell'ambito dei **120 giorni** previsti dalla copertura "Post Ricovero" per i ricoveri chirurgici (dovuti esclusivamente agli interventi chirurgici espressamente elencati alla Sez. I, cap. 1) avvenuti successivamente alla data di effetto del presente Piano Sanitario, la Mutua mette a disposizione, tramite strutture convenzionate, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica del Beneficiario.

La Mutua concorderà, anche per il tramite di strutture convenzionate, il programma medico/riabilitativo con il Beneficiario secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Mutua alle strutture convenzionate.

3) ORGANIZZAZIONE DI SERVIZI MEDICO-RIABILITATIVI, NOLEGGIO DI AUSILI MEDICO-SANITARI A SEGUITO DI RICOVERO MEDICO/CHIRURGICO PER NEOPLASIE MALIGNHE.

In caso di ricovero medico-chirurgico per neoplasia maligna e avvenuto successivamente alla data di effetto della Piano Sanitario, la Mutua rimborsa, tramite la propria rete di strutture convenzionate, le prestazioni di ospedalizzazione domiciliare e di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendenti al recupero della funzionalità fisica del Beneficiario; per un periodo di **60 giorni** successivo alla data di dimissioni (e successivo ai 120 giorni previsti dalle coperture “Post-ricovero” per i casi d’intervento previsti dal Piano Sanitario).

La Mutua concorderà, anche per il tramite di strutture con essa convenzionate, il programma medico/riabilitativo con il Beneficiario secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale. Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate.

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Mutua alle strutture convenzionate.

4) OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER RICOVERI MEDICI (come da elenco)

In caso di ricovero senza intervento chirurgico avvenuto successivamente alla data di effetto del Piano Sanitario e limitatamente alle patologie sotto elencate, rientrano nel Piano le prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica del Beneficiario, per un periodo di **60 giorni** successivi alla data di dimissioni del ricovero medico che ha determinato l’evento.

Sono compresi in copertura esclusivamente le seguenti patologie:

- fibrosi cistica;
- ictus;
- ischemia arterie vertebrali;
- morbo di Parkinson;
- paralisi;
- sclerosi multipla;
- sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

La Mutua concorderà, anche per il tramite di strutture con essa convenzionate, il programma medico/riabilitativo con il Beneficiario secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Mutua alle strutture convenzionate nel limite annuo di **€ 5.000** per nucleo.

Modalità di erogazione delle prestazioni ospedaliere:



Il limite annuo rimborsabile per le prestazioni di cui alla Sez. I, Cap. 1) 2) 3) 4) è di € **100.000,00** per nucleo.

Il rimborso delle spese verrà effettuato nel modo seguente:

- | |
|---|
| <p>a) Assistenza diretta: nel caso di utilizzo di strutture convenzionate per prestazioni effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture stesse, senza applicazione di alcun limite di rimborso, fatti salvi i limiti previsti per le singole prestazioni.</p> |
| <p>b) Regime rimborsuale: le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate al Beneficiario nel limite ulteriore di € 8.000,00 per intervento con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento, ferme restando le limitazioni previste alle singole coperture. Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui il Beneficiario sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, diversamente resta inteso che il Beneficiario dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata.</p> |
| <p>c) Utilizzo strutture convenzionate ma prestazioni effettuate da personale non convenzionato: si applicano condizioni e limiti del regime rimborsuale (superiore lettera b). Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui il Beneficiario sia domiciliato in una provincia priva di equipe medica convenzionata, diversamente, resta inteso che il Beneficiario dovrà avvalersi dell'assistenza diretta.</p> |
| <p>d) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: se il costo del ricovero è a completo carico del SSN, in alternativa all'indennità sostitutiva, la Mutua rimborsa le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero rimasti comunque a carico del Beneficiario.</p> |



PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

5) PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>€ 6.000,00 annui per nucleo</i>
<i>Assistenza diretta</i>	<i>Non rimborsati € 35 per prestazione</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>Non prevista</i>
<i>Ticket SSN</i>	<i>Non rimborsati € 5 a ticket</i>

La Mutua rimborsa le spese, fino a concorrenza del massimale di **€ 6.000** annui per nucleo, per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Mammografia bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di organo apparato
- Rx endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie
- Tomografia (Stratigrafia) di organi o apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale



- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia, sonoisterosalpingografia, sono isterografia, sono salpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche trans rettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia



- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolor Doppler arti inferiori e superiori
- Ecocolor Doppler aorta addominale
- Ecocolor Doppler tronchi sovraortici

Tomografia computerizzata (TAC)

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

Pet

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo/distretto/apparato)

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Medicina nucleare in vivo
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
- Ph-metria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

Biopsie

- Tutte



Endoscopie diagnostiche

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

Si precisa che nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica, si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, la Mutua garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio, rimarrà a carico del Beneficiario.

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Modalità di erogazione delle prestazioni:

- a) **Assistenza diretta:** in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture stesse, con l'applicazione di una somma non rimborsabile di **€ 35,00** per prestazione per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dal Beneficiario alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.
- b) **Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:** la Mutua rimborsa i ticket sanitari a carico del Beneficiario con l'applicazione di una somma non rimborsabile di **€ 5,00** per ticket.

6) VISITE SPECIALISTICHE

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>€ 700,00 annui per nucleo</i>
----------------------------	----------------------------------

<i>Assistenza diretta</i>	<i>Non rimborsati € 20 per visita</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>Non prevista</i>
<i>Ticket SSN</i>	<i>Non rimborsati € 5 per ticket</i>

La Mutua provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche (salvo quanto previsto nella Sez. I – prestazioni odontoiatriche).

Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare una eventuale patologia.

La disponibilità annua per la presente copertura è di **€ 700,00** per nucleo.

Modalità di erogazione:
a. Assistenza diretta: nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente dalla Mutua alle strutture stesse, con l'applicazione di una somma non rimborsabile di € 20,00 per prestazione, che dovrà essere versata al momento della fruizione della prestazione.
b. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: la Mutua rimborsa i ticket sanitari a carico del Beneficiario con l'applicazione di una somma non rimborsabile di € 5,00 per ticket.

7) TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>€ 500 annui per nucleo</i>
<i>Ticket SSN</i>	<i>Non rimborsati € 5 per ticket</i>

La Mutua rimborsa i ticket sanitari a carico del Beneficiario effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra le "Prestazioni di diagnostica e terapia" ed altresì i ticket sanitari di pronto soccorso svolti in regime di SSN.

Per ogni ticket si applica somma non rimborsabile di **€ 5,00**.

La disponibilità annua prevista è di **€ 500,00** per nucleo.

8) PACCHETTO MATERNITA'

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>€ 1.000 per gravidanza</i>
<i>Assistenza diretta</i>	<i>100%</i>

<i>Regime rimborsuale</i>	100%
<i>Ticket SSN</i>	100%
<i>Parto</i>	€ 80 al giorno, max 7 giorni

Sono comprese nel “pacchetto maternità” le seguenti prestazioni effettuate per gravidanza:

- ecografie;
- analisi clinico chimiche ed indagini genetiche;
- analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche);
- amniocentesi;
- villocentesi;
- translucenza nucale;
- ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN.

È inoltre previsto il rimborso integrale di:

- visite di controllo ostetrico-ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia,
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica/ o iscritto all'apposito albo professionale,
- una visita anestesilogica in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore, nel numero massimo complessivo di 4 visite/controlli per gravidanza (6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto o per aborto spontaneo o terapeutico, la Mutua corrisponderà un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero per un massimo di **7 giorni**.

La disponibilità per la presente copertura è di **€ 1.000,00** per evento gravidanza (ai fini del conteggio della durata della gravidanza vengono considerati la data dell'ultima mestruazione e la data del parto).

Per ottenere il rimborso è necessario allegare certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicazione della data dell'ultima mestruazione e la data presunta del parto.

Modalità di erogazione:

- a. **Assistenza diretta:** nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con CEB Mutua, le spese per le prestazioni erogate all'Assistita vengono liquidate direttamente alle strutture stesse senza applicazione di scoperti.



b. Regime rimborsuale: nel caso in cui l'Assistita si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.
c. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: la Mutua rimborsa integralmente i ticket.

9) PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI

<i>Limite rimborsabile</i>	€ 3.000 annui a nucleo
<i>Assistenza diretta</i>	Non prevista
<i>Regime rimborsuale</i>	Non rimborsato 20%
<i>Ticket SSN</i>	Non previsto

La Mutua rimborsa le spese, nel limite di € 3.000 annui a nucleo, per l'acquisto o il noleggio dei seguenti presidi, ausili medici ortopedici se appositamente prescritti:

Ortesi per piede	es.: plantare, supporto calcaneare, ortesi di stabilizzazione della caviglia, ecc.
Calzature ortopediche di serie	
Calzature ortopediche su misura	
Apparecchi ortopedici per arto inferiore	dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto inferiore e dell'anca: non è un dispositivo atto alla deambulazione
Apparecchi ortopedici per arto superiore	dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto superiore
Ortesi spinali	es.: corsetto 3 punti, corsetto di declinazione, corsetto per scoliosi, a tre valve, ecc.
Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio	es.: ginocchiera elastica, ginocchiera elastica con foro rotuleo, dispositivi di trazione elastomerici, con cinghie di trazione, cavigliere ortopediche, elastiche, bivalva, pneumatiche, stampelle canadesi, tripodi, ecc.
Carrozze	
Accessori per carrozine	

Modalità di erogazione:

Regime rimborsuale: le spese vengono rimborsate nella misura dell'80% lasciando a carico del Beneficiario uno scoperto del 20%.

10) LENTIE OCCHIALI

<i>Limite rimborsabile</i>	€ 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>

Sono indennizzate le spese per acquistare occhiali da vista (escluse le montature), lenti da vista anche a contatto (escluse le "usa e getta" e comunque in alternativa alle lenti per occhiali) a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista abilitato, per recuperare l'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista.

La richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno, è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico. Sono esclusi dal rimborso occhiali e/o lenti per finalità estetiche.

Modalità di erogazione:

Regime rimborsuale: il rimborso è erogabile ogni 24 mesi ed in unica soluzione su un'unica fattura.

Può essere concesso trascorsi 12 mesi (e non 24) dalla data dell'ultima fattura liquidata esclusivamente nel caso in cui l'oculista certifichi una variazione di almeno 1,5 diottrie sferiche o cilindriche su un singolo occhio, per qualsiasi tipo di patologia.

In nessun caso può essere considerato sufficiente il raggiungimento della variazione di 1,5 diottrie sommando i valori sferici e cilindrici del singolo occhio o sommando le variazioni tra occhio destro e sinistro.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**11) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)**

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>Illimitato, 1 volta all'anno in un'unica soluzione</i>
<i>Assistenza Diretta</i>	<i>-Visita specialistica odontoiatrica 100% -Ablazione tartaro 75% (scoperto del 25%)</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>Non previsto</i>

La Mutua riconosce una sola volta all'anno e in un'unica soluzione:

- una visita specialistica odontoiatrica nella misura del 100% dell'importo complessivo;
- ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale, nella misura del 75% dell'importo complessivo.

Restano a carico del Beneficiario, se richieste, ulteriori prestazioni quali ad esempio la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi, ecc.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica del Beneficiario, il medico della struttura convenzionata riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo, la Mutua, verificato la presenza di diagnosi e prescrizione, provvede ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Modalità di erogazione:

Assistenza diretta: possibile solo nelle strutture convenzionate, una sola volta all'anno e in un'unica soluzione.

12) PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

<i>Limite rimborsabile</i> <i>Sotto-limite rimborsabile per 2 impianti</i> <i>Sotto-limite rimborsabile per 1 impianto</i>	<i>€ 3.300 a nucleo</i> <i>€ 1.300 a nucleo</i> <i>€ 700 a nucleo</i>
<i>Assistenza diretta</i>	<i>100%</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>Non previsto</i>
<i>Ticket SSN</i>	<i>Non previsto</i>

La Mutua provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Il limite rimborsabile annuo per le prestazioni di implantologia è di € 3.300,00 per nucleo.

Sono inoltre previsti i seguenti ulteriori limiti rimborsabili annui: € 700,00 nel caso di applicazione di un impianto e € 1.300,00 nel caso di applicazione di due impianti.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità di vigenza del Piano Sanitario, dopo l'applicazione di un impianto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sotto-limite rimborsabile specifico, al netto di quanto già autorizzato o liquidato in precedenza.

Modalità di erogazione:

Assistenza diretta: le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente alle strutture convenzionate senza applicazione di scoperti.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dal Beneficiario alla struttura convenzionata.

13) AVULSIONE (ESTRAZIONE DENTI)

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>Illimitato, max 4 denti</i>
<i>Assistenza diretta</i>	<i>100%</i>

La Mutua copre le spese delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l'anno (senza successiva applicazione di impianti).

Modalità di erogazione:

Assistenza diretta: Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente alle strutture Convenzionate senza applicazione di scoperti.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dal Beneficiario alla struttura convenzionata.

14) DIAGNOSTICA ODONTOIATRICA

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>400 € annui per nucleo familiare</i>
<i>Assistenza diretta</i>	<i>Non rimborsati € 35 a prestazione</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>Non previsto</i>
<i>Ticket SSN</i>	<i>Non rimborsati € 5 a ticket</i>



La Mutua copre le spese per le seguenti prestazioni di diagnostica odontoiatrica:

- ortopantomografia;
- radiografie endorali;
- dentalscan.

Per l'attivazione della presente copertura è necessaria la prescrizione del dentista contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Il limite rimborsabile annuo corrisponde a **€ 400** per nucleo familiare.

Modalità di erogazione
<p>a) Assistenza diretta: nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente alle strutture stesse con l'applicazione di una somma non rimborsabile di € 35,00 per prestazione.</p>
<p>b) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso dei ticket sanitari a carico del Beneficiario con l'applicazione di una somma non rimborsabile di € 5,00 per ciascun ticket.</p>

15) ORTODONZIA

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>€ 700 annui per nucleo</i>
<i>Assistenza diretta</i>	<i>100%</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>Non prevista</i>

La Mutua provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche entro un limite rimborsabile annuo di **€ 700,00** per nucleo familiare.

Modalità di erogazione
<p>Assistenza diretta: solo avvalendosi di strutture e personale convenzionato, le spese vengono liquidate direttamente alle strutture.</p>

PREVENZIONE

16) b) PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>Illimitato, 1 volta all'anno in un'unica soluzione</i>
<i>Assistenza diretta</i>	<i>-Prevenzione cardiovascolare uomo-donna;</i>



	<i>-Prevenzione oncologica (uomo >45 anni, donna >35 anni)</i>
--	--

Sono previste in copertura le prestazioni sotto elencate:

Prevenzione Cardiovascolare – prestazioni previste per gli uomini.

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prevenzione Cardiovascolare: prestazioni previste per le donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prevenzione Oncologica - Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni



- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prevenzione Oncologica - Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Modalità di erogazione:

Assistenza diretta: ciascun esame preventivo può essere effettuato solo in forma diretta nelle strutture convenzionate, una sola volta all'anno in un'unica soluzione.



Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente alle strutture convenzionate senza applicazione di scoperti.

17) PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>Illimitato, 1 volta all'anno</i>
<i>Assistenza diretta</i>	<i>100%</i>

Per attivare la presente copertura il Beneficiario dovrà previamente compilare il questionario disponibile nell'area riservata raggiungibile accedendo al sito www.cebmutua.it.

Nel caso in cui, all'esito della compilazione del questionario:

- non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, il Beneficiario ne avrà immediato riscontro dal risultato del questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- il Beneficiario risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc;
- si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni su comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione, ecc. e si inviterà il Beneficiario a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

Nel caso di sindrome metabolica conclamata, la Mutua, anche attraverso strutture convenzionate, provvederà all'organizzazione, su richiesta del Beneficiario, delle prestazioni sotto indicate attivando la procedura in regime di assistenza diretta da effettuarsi nell'ambito della medesima prestazione oggetto di copertura.

La Mutua comunicherà al Beneficiario il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Si precisa che per poter effettuare le analisi sopra indicate è necessario che il Beneficiario sia in possesso della prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia.

Per effettuare gli esami sopra indicati dovrà essere trascorso almeno un periodo di 6 mesi dalla data di esecuzione degli esami utilizzati per la compilazione del questionario.

All'atto della richiesta della presa in carico diretta, il Beneficiario dovrà fornire copia dell'esito del questionario e degli esami utilizzati per la compilazione dello stesso.

Qualora la Mutua, anche per mezzo di strutture convenzionate, accerti dal referto degli esami utilizzati per la compilazione del Questionario che i dati imputati non corrispondano al vero, il Beneficiario non sarà autorizzato a fruire delle prestazioni.

Poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Mutua, anche per mezzo di Centrale Operativa convenzionata, provvederà all'organizzazione, su richiesta del Beneficiario, delle prestazioni sopra indicate con cadenza

semestrale, attivando la medesima procedura sopra descritta.

Al fine di incentivare il Beneficiario ad effettuare il percorso prevenzione, potrà essere attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dal Beneficiario attraverso le strutture sanitarie convenzionate.

Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle garantite dal Piano Sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative previste.

Non è prevista la fruizione degli eventuali esami previsti dalla presente copertura all'Estero.

La copertura riguarda esclusivamente il Beneficiario e non si stende al nucleo familiare.

Modalità di erogazione

Assistenza diretta: la Mutua, anche attraverso strutture convenzionate, provvederà all'organizzazione, su richiesta del Beneficiario, delle prestazioni indicate attivando la procedura in regime di assistenza diretta da effettuarsi nell'ambito della medesima prestazione oggetto di copertura.

PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

18) FISIOTERAPIA DA INFORTUNIO O PER PATOLOGIE PARTICOLARI

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>€ 500 annui per nucleo</i>
<i>Assistenza diretta</i>	<i>Costi max per seduta come da tariffario</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>Costi max per seduta come da tariffario</i>
<i>Ticket</i>	<i>Al 100% nei limiti previsti</i>

La Mutua copre le spese, nel limite annuo rimborsabile di **€ 500** per nucleo familiare, per trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi per traumatismi o patologie invalidanti esclusivamente per le aree terapeutiche dettagliate nella tabella sotto riportata, purchè prescritte da medico di base o specialista la cui prestazione sia inerente alla patologia e effettuate da personale medico e paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Le prestazioni fisioterapiche devono essere effettuate 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).

Le prestazioni fisioterapiche sono previste solo nei seguenti casi:

- infortunio in presenza di un certificato di pronto soccorso o di struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso;
- ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti;
- neoplasie o forme degenerative encefaliche o midollari;
- protrusione e ernie discali certificate dal referto di risonanza magnetica (RM) o tomografia assiale computerizzata (TAC).

La fisioterapia dovrà essere esclusivamente mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette dell'infortunio o delle patologie innanzi elencate.

Trattamenti previsti :

ELETTROTHERAPIA	Costo massimo per seduta
Diadinamica	€ 8,00
Diatermia	€ 8,00
Diatermoterapia	€ 8,00
Elettrosonoterapia	€ 8,00
Elettrostimolazioni esponenziali	€ 8,00
Elettroterapia	€ 10,00
Ionoforesi	€ 10,00
Terapia antalgica transcutanea	€ 8,00
IDROTHERAPIA	Costo massimo per seduta
Bagnoterapia	€ 13,00
Crenoterapia	€ 13,00
Ginnastica vascolare idrica	€ 9,00
Idrochinesiterapia	€ 13,00
Idrogalvanoterapia	€ 8,00
Idromassoterapia	€ 8,00
MASSOTERAPIA	Costo massimo per seduta
Drenaggio linfatico manuale	€ 15,00



Massaggio riflessogeno	€ 13,00
Massaggio strumentale	€ 8,00
Massaggio terapeutico tradizionale	€ 8,00
Massoterapia segmentaria per qualunque segmento	€ 19,00
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE E CHINESITERAPIA	Costo massimo per seduta
Chinesiterapia individuale (ogni tipo)	€ 23,00
Ginnastica correttiva	€ 11,00
Ginnastica medica (non a scopo estetico)	€ 16,00
Ginnastica propriocettiva	€ 8,00
Ginnastica respiratoria	€ 11,00
Ginnastica segmentaria	€ 11,00
Riabilitazione post-operatoria	€ 11,00
Riabilitazione post-traumatica	€ 11,00
Rieducazione neuromotoria	€ 21,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	€ 30,00
VERTEBROTHERAPIA MANU MEDICA	Costo massimo per seduta
Correzione incruenta del disallineamento vertebrale	€ 18,00
Manipolazioni vertebrali	€ 21,00
Trazioni vertebrali cervicali	€ 11,00
Trazioni vertebrali lombosacrali	€ 11,00
Trazioni vertebrali meccaniche	€ 11,00
SONOTERAPIA	Costo massimo per seduta
Ultrasuoni a contatto	€ 10,00



Ultrasuoni ad immersione	€ 8,00
TECARTERAPIA	Costo massimo per seduta
Tecarterapia	€ 26,00
TERMOTERAPIA	Costo massimo per seduta
Crioterapia	€ 7,00
Fangoterapia	€ 9,00
Fitoterapia	€ 6,50
Ipertermia	€ 31,00
Marconiterapia	€ 8,00
Paraffinoterapia	€ 8,00
Radarterapia	€ 8,00

Non rientrano, e quindi sono escluse dalla presente copertura le prestazioni eseguite:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato);
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici);
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

Documentazione da produrre

In caso di infortunio accertato da Pronto Soccorso o da struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso il Beneficiario dovrà inoltrare alla Mutua:

- 1) copia della certificazione del Pronto Soccorso o della struttura sanitaria attestante l'infortunio;
- 2) copia della prescrizione del medico "di base" o dello specialista (la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata) indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto per la terapia dei postumi dell'infortunio;
- 3) copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, fisioterapista,



terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000).

Nel caso delle particolari patologie che consentono l'accesso ai trattamenti fisioterapici garantiti dalla Mutua dovranno essere inviate:

- 1) per le patologie di ictus, neoplasie e forme degenerative encefaliche e midollari: la copia della certificazione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente la patologia denunciata attestante la natura della patologia. Per protrusioni e ernie discali: la copia del referto di risonanza magnetica (RM) o tomografia assiale computerizzata (TAC);
- 2) copia della prescrizione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto;
- 3) copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D. M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000).

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

Modalità di erogazione:	
a)	Assistenza diretta: nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistita vengono liquidate direttamente alle strutture con i limiti indicati nel tariffario.
b)	Regime rimborsuale: le spese sostenute vengono rimborsate con i limiti indicati nel tariffario.
c)	Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: la Mutua rimborsa integralmente i ticket nel limite previsto dal Piano Sanitario.

19) AGOPUNTURA MANU MEDICA

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>€ 250 annui per nucleo</i>
<i>Assistenza diretta</i>	<i>Non prevista</i>
<i>Regime rimborsuale</i>	<i>100%</i>
<i>Ticket</i>	<i>100%</i>



La Mutua provvede al pagamento delle spese per agopuntura a seguito di malattia o infortunio esclusivamente a fini antalgici (terapia del dolore) ed effettuata da personale medico abilitato (il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa).

Il limite rimborsabile annuo è di € 250 per nucleo familiare, non è prevista l'applicazione di scoperti.

Modalità di erogazione:

Regime rimborsuale: la presente copertura è prestata esclusivamente in forma rimborsuale, senza applicazione di scoperti nel limite rimborsabile annuo di € 250 a nucleo familiare.

INVALIDITA'

20) INVALIDITA' PERMANENTE

<p><i>Limite rimborsabile:</i></p> <p><i>-Invalidità derivante da Infortunio o malattia professionale certificata dall'INAIL di grado uguale o superiore all'80%</i></p> <p><i>-Invalidità per patologia certificata dall'INPS di grado uguale o superiore all'80%</i></p>	<p><i>-€ 6.000,00 una tantum tra 80% e 90%</i></p> <p><i>-€ 8000,00 una tantum tra 91% e 100%</i></p>
--	---

Sono destinatari della presente copertura i Beneficiari che hanno maturato i requisiti soggettivi, di seguito definiti, successivamente ad un evento (patologia o infortunio) insorto durante il periodo della copertura del Piano Sanitario.

Requisiti:

- invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL, di grado uguale o superiore a 80%;
- invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore a 80%.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi sopra elencati, ogni Beneficiario dispone, una tantum, di un plafond di spesa di:

- € 6.000 per invalidità con grado compreso tra 80% e 90%;
- € 8.000 per invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

Il Piano Sanitario prevede esclusivamente il rimborso delle seguenti prestazioni:

- prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;



- prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
- presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati);
- presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti, ecc.);
- assistenza psicologica/psichiatrica;
- personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf).

Le prestazioni ammesse a rimborso dovranno essere regolarmente documentate nonché essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Viene comunque garantito il rimborso per le prestazioni effettuate nel periodo che intercorre tra la data della domanda di riconoscimento di invalidità e la certificazione stessa.

In caso di aggravamento e di riconoscimento di un grado maggiore di invalidità che comporti il passaggio da una fascia all'altra di plafond di spesa, verrà riconosciuto soltanto il diritto alla differenza di importo (**€ 2.000**) e non la disponibilità dell'intero plafond della nuova fascia di riferimento.

I Beneficiari che presentino i requisiti soggettivi della presente garanzia possono fruire delle prestazioni anche successivamente all'uscita dalla copertura sanitaria, purché la certificazione d'invalidità faccia riferimento a un evento (infortunio o malattia) insorto durante il periodo di copertura.

ALTRE PRESTAZIONI

21) IMMUNONUTRIZIONE

<i>Limite rimborsabile</i>	<i>Illimitato</i>
<i>Assistenza diretta</i>	<i>3 somministrazioni al giorno per 5/7 giorni prima dell'intervento chirurgico</i>

Nell'ambito della copertura prevista per le prestazioni ospedaliere di cui alla Sez. 1 cap. 1) si intendono ricompresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS.

La Mutua, per il tramite di strutture convenzionate, garantisce il servizio di reperimento a proprio carico o presso le strutture sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente.

La presente prestazione è coperta dalla Mutua senza applicazione di alcun limite rimborsabile.

22) RIABILITAZIONE E CONTROLLO

<i>Limite rimborsabile</i>	€ 500 a nucleo
<i>Regime rimborsuale</i>	Un pacchetto all'anno a scelta tra i 3 proposti.

La Mutua provvede al pagamento delle spese relative ai seguenti pacchetti di prestazioni finalizzate alla riabilitazione ed al controllo per alcune patologie e stati fisiologici. I pacchetti non sono cumulabili.

Per ogni anno solare, il Beneficiario ha la possibilità di attivare uno solo dei tre pacchetti. Il limite rimborsabile annuo per ciascuno dei tre pacchetti è di **€ 500,00**.

PACCHETTO 1: Riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore

Il pacchetto è attivabile esclusivamente per le seguenti patologie:

- sindromi canalicolari polso
- tendiniti del polso e della mano
- patologie infiammatorie della spalla
- sindromi canalicolari caviglia
- metatarsalgia
- varici arti inferiori

Il pacchetto prevede il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta previsto per ciascuna prestazione:

Prestazione	Costo massimo per seduta
Massoterapia <i>manu medica</i> individualizzata	€19,00
Luce infrarossa	€8,00
Ultrasuoni	€10,00
Magnetoterapia	€12,00
Laser Terapia	€22,00
Tecarterapia	€26,00
Ipertermia	€31,00
Drenaggio linfatico manuale (DML)	€15,00
Elastocompressione	€15,00

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- copia della certificazione medica attestante la natura della patologia, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
- copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie;

- copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista così come indicato nella definizione di “trattamenti fisioterapici e riabilitativi” del Glossario).

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica, una copia del ticket.

PACCHETTO 2: Riabilitazione post-partum

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di parto attestato da certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine della gravidanza.

Il pacchetto prevede il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta di ciascuna prestazione e purchè le prestazioni siano effettuate entro 6 mesi dalla data del parto.

Prestazione	Costo massimo per seduta
Ginnastica post partum	€11,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	€30,00

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- copia della certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza;
- copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie;
- copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista così come indicato nella definizione di “trattamenti fisioterapici e riabilitativi” del Glossario).

PACCHETTO 3: Post menopausa

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di menopausa attestata dal medico “di base” o dallo specialista.

Il pacchetto prevede il rimborso delle seguenti voci, nei limiti dell'eventuale costo massimo per seduta previsto per alcune prestazioni e della ripetibilità prevista per altre:

Prestazione	Costo massimo per seduta
Riabilitazione del pavimento pelvico	€30,00
Ginnastica medica	€16,00
Visita ginecologica post menopausa (max 1/anno)	-



MOC (max 1/anno)	-
------------------	---

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- copia della certificazione, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista, attestante lo stato di menopausa;
- per i trattamenti fisioterapici previsti dal pacchetto: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie. Per la visita ginecologica e per la MOC: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico “di base” o dallo specialista;
- copia della fattura. Per le fatture relative alle prestazioni fisioterapiche è necessario che nella fattura si evinca che il trattamento fisioterapico è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista così come indicato nella definizione di “trattamenti fisioterapici e riabilitativi” del Glossario).

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

23) COMFORT SALUTE

1. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura

Se per infortunio o malattia, il Beneficiario avesse bisogno di una consulenza medica, potrà 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 e orientamento medico telefonico

Quando il Beneficiario ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:

- un esperto per un consulto telefonico immediato;
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.

Se dopo il consulto il Beneficiario ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui questi si trova. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, per infortunio o malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, il Beneficiario ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:



- la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie;
- l'équipe medica, all'occorrenza, segnala al Beneficiario medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari;
- l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra il Beneficiario e il centro in questione, anche per 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, i medici della Centrale operativa possono chiedere al Beneficiario la documentazione clinica.

c) Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando il beneficiario ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medicospecialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. Trasferimento sanitario e rientro sanitario (anche dall'estero)

Se per infortunio o malattia il Beneficiario ha bisogno di essere trasportato in ambulanza o auto medica dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale (o viceversa) o da un istituto di cura a un altro, può chiedere che, nell'ambito delle garanzie ricoveri, il trasporto sia effettuato in forma diretta, gestito quindi dalla Centrale operativa. In tal caso la Mutua garantisce la liquidazione dei costi del trasporto fino a 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno). In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il solo rientro al domicilio, se il Beneficiario si trova ad almeno 50 km dallo stesso. Non sono coperti i trasporti per terapie continuative.

3. Second Opinion

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



SEZIONE II - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

1. Esclusioni

Sono esclusi e non rientrano nel presente Piano Sanitario Integrativo:

1. gli infortuni sofferti da persona colpite da apoplezia 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 a, 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, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici, salvo quanto previsto alle garanzie F) "Prestazioni odontoiatriche particolari", G) "Prestazioni di implantologia" e H) "Avulsione (Estrazione denti)";
13. cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o di malformazioni



- preesistenti alla data di prima iscrizione 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.

2. Limiti soggettivi

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 omogeni 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.

Non sono coperte dal Piano Sanitario le persone colpite da apoplezia o affette da epilessia, paralisi, delirio tremens, alcolismo o tossicodipendenza.

Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso di validità del Piano Sanitario l'operatività dello stesso cessa dopo il primo evento.

Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalla Sez. II, cap. 1 "esclusioni".

SEZIONE III – ADESIONE AL PIANO SANITARIO

1. Modalità di adesione e durata del Piano Sanitario

Il presente Piano Sanitario integrativo è esclusivamente ad adesione collettiva. Possono aderire Persone Giuridiche o Enti per tutti i propri dipendenti, amministratori e/o soci ovvero ulteriori gruppi omogeni di soggetti nella loro interezza. Per poter aderire la Persona Giuridica o l'Ente dovrà presentare apposita "richiesta di adesione" da inviare al seguente indirizzo PEC iscrizioni.cebmutua@sicurezzapostale.it. Con l'adesione al Piano Sanitario la Persona Giuridica o l'Ente si associa a CEB Mutua in qualità di "Socio Partecipante" ai sensi dell'art 11 dello Statuto e saranno contestualmente iscritti come Soci Beneficiari tutti i relativi dipendenti amministratori e/o soci ovvero le ulteriori categorie di soggetti beneficiarie del Piano. Il Socio Partecipante dovrà provvedere al versamento della quota di adesione per tutti i soggetti beneficiari nonché a comunicare l'elenco nominativo degli stessi con le modalità indicate nella "richiesta di adesione" da presentare alla Mutua. L'adesione al Piano decorre dal 1° Gennaio e termina il 31 Dicembre di ogni anno. Le adesioni pervenute in corso d'anno solare terminano il 31 Dicembre e la quota di adesione sarà calcolata in proporzione alle mensilità effettivamente fruiti. Il rinnovo è subordinato al permanere della convenzione di riassicurazione del Piano Sanitario stesso. Il nominativo del Beneficiario il cui legame con la Persona Giuridica o con l'Ente si istituisca successivamente all'iscrizione di questi ultimi alla Mutua (ad esempio per una nuova assunzione), va comunicato alla stessa entro 15 giorni ed in questo caso l'operatività del Piano Sanitario decorre dal momento della nuova assunzione/inclusione. Se la comunicazione avviene oltre i 15 giorni l'operatività decorre dal giorno seguente alla comunicazione.

2. Adesione dei familiari

Ai fini dell'applicazione 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.* La scelta di estendere l'operatività del Piano Sanitario al nucleo familiare fiscalmente o non fiscalmente a carico viene fatta dall'Azienda/Ente/Associazione in modo univoco per tutti i Beneficiari, e richiede il versamento delle relative quote di adesione. Non è consentita l'iscrizione parziale solo di alcuni membri del nucleo familiare, l'iscrizione di uno di essi implica l'obbligatorietà di adesione di tutti gli altri, ad esclusione dei familiari che risultino beneficiari di un'autonoma copertura assicurativa malattia, sia su base individuale che collettiva.

Ogni ulteriore familiare incluso (per esempio a seguito di una nuova nascita) va comunicato alla Mutua entro 15 giorni, in questo caso l'operatività del Piano Sanitario decorre dal momento in cui i familiari risultano a carico del Beneficiario.

Se la comunicazione avviene oltre i 15 giorni la copertura opera dal giorno seguente alla comunicazione.

La modifica delle condizioni di reddito previste dalla legge per considerare un familiare a carico non ha effetto sulla quota di adesione per il periodo restante di operatività del Piano Sanitario nel corso dell'anno di vigenza dello stesso.

3. Quote di adesione

Il Socio Partecipante (Persona Giuridica o Ente) dovrà versare per i propri dipendenti, amministratori e/o soci ovvero ulteriore gruppo omogeneo di soggetti i seguenti contributi associativi annuali:

- **€ 175 singolo Associato;**
- **€ 475 Associato + nucleo familiare fiscalmente a carico;**
- **€ 600 Associato + nucleo familiare fiscalmente non a carico;**

Nel primo anno di adesione la quota sarà calcolata in base alle mensilità effettivamente fruita.

SEZIONE IV – ACCESSO ALLE PRESTAZIONI**1. ONERI DEL BENEFICIARIO**

Il Beneficiario deve rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fa, può perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'efficacia del Piano Sanitario. Il Beneficiario, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre alla Mutua, anche tramite strutture convenzionate, di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività del Piano Sanitario.

Il Beneficiario deve comunicare alla Mutua ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Beneficiario deve comunicare ogni contratto stipulato o stipulando per il medesimo rischio con compagnie di assicurazione, come specificato al successivo paragrafo 1.4.

Il Beneficiario deve richiedere le prestazioni ed i rimborsi non appena possibile con le modalità previste nel presente Piano Sanitario nonché nel rispetto dello Statuto e del Regolamento Generale della Mutua, in mancanza può perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo.

Se mancano elementi essenziali, e il Beneficiario non è in grado di metterli a disposizione della Mutua, la richiesta di rimborso non può essere presentata e quindi è respinta.

La Centrale Operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno di quelle previste nel Piano Sanitario. Si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica (i.e., non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal medico curante ai fini della cura della patologia del Beneficiario), ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura. La Mutua non garantisce le prestazioni previste nel Piano Sanitario nei seguenti casi:

Assistenza diretta:

- prestazione non prevista;
- patologia mancante o incongruente con la prestazione;
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile;
- copertura assente;
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati;
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati;
- prescrizione medica scaduta;
- mancata indicazione della prestazione da effettuare;
- limite rimborsabile esaurito;
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione;
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte del Beneficiario

Regime rimborsuale

- prestazione non prevista;
- patologia mancante o incongruente con la prestazione;
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile;
- copertura assente;

- errato inserimento della richiesta;
- prescrizione medica scaduta;
- limite rimborsabile esaurito;
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione;
- annullamento della richiesta di rimborso da parte del Beneficiario

1.2 Integrazione della richiesta di rimborso

La Mutua chiede al Beneficiario di integrare la propria richiesta di rimborso se:

- la documentazione giustificativa prodotta 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; assenza di materiale radiografico e foto intraorali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'infortunio);
- non è stato indicato correttamente il beneficiario.

Se il Beneficiario non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta, la richiesta di prestazioni non può essere accolta; la domanda può essere ripresentata.

1.3 Data Evento

In caso di Prestazioni ospedaliere/interventi chirurgici odontoiatrici: la data dell'evento è quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio.

In caso di prestazioni extra ospedaliere: la data dell'evento è quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita.

In caso di prestazioni odontoiatriche: la data dell'evento è quella di esecuzione della singola prestazione.

1.4 Rimborso da parte di Fondi, Enti o Assicurazioni

Il Beneficiario deve comunicare alla Mutua se ha stipulato o sta stipulando (anche successivamente alla vigenza del Piano Sanitario) contratti di assicurazione per la copertura dei medesimi rischi. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, il vincolo associativo decadrà automaticamente e con esso l'operatività del Piano Sanitario.

In caso del verificarsi degli eventi per cui il piano sanitario prevede le prestazioni, il Beneficiario deve avvisare la Mutua e tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Il Beneficiario deve farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, la Mutua può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento.

Se il Beneficiario riceve rimborso da Fondi, Enti o Compagnie Assicuratriche deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.

1.5 Visite di medici incaricati

Il Beneficiario, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da parte della Mutua, anche per il tramite di strutture direttamente o indirettamente

convenzionate, e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessaria; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato il Beneficiario. L'accertamento può essere disposto, non prima di 48 ore dalla richiesta delle prestazioni ed entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa.

1.6 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 del Beneficiario.

1.7 Decesso del Beneficiario

Il Decesso del Beneficiario comporta l'automatica decadenza dalla qualifica di Socio della Mutua e l'estinzione del Piano Sanitario dal primo giorno del mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento, anche per il relativo nucleo familiare.

1.8 Limiti di spesa pre e post ricovero

I limiti applicati alle spese prima e dopo un ricovero sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola 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 dal Piano Sanitario. Il Beneficiario è tenuto a restituire alla Mutua, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per 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, il Beneficiario è tenuto, su richiesta della Mutua, a restituire l'intera somma pagata dalla Struttura Convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura Convenzionata se la Mutua non aveva ancora provveduto al pagamento.

1.9 Oneri ulteriori

Restano a carico del Beneficiario imposte, bolli e oneri amministrativi di qualsiasi natura.

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa.

Le prestazioni eseguite in regime di intramoenia sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

2. ASSISTENZA DIRETTA

2.1 Richiesta del "Voucher Salute"

Se il Beneficiario utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi solo in assistenza diretta. Non è ammesso il regime rimborsuale.

Per accedere alle prestazioni in assistenza diretta il Beneficiario dovrà richiedere preventivamente un apposito "Voucher Salute", allegando tutta la documentazione richiesta.



Il beneficiario deve di volta in volta chiedere l'emissione del Voucher Salute per ogni singola prestazione che deve eseguire (comprese le prestazioni odontoiatriche); non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

IL Beneficiario dovrà poi presentare alla struttura sanitaria il voucher e la prescrizione medica.

Il Voucher Salute va richiesto alla Mutua per il tramite della Centrale Operativa attiva 24h su 24.

La richiesta può essere fatta attraverso una delle seguenti modalità:

- accesso all'area riservata www.cebmutua.it ;
- numero verde 800.99.31.80 da telefono fisso;
- tel 0422.17.44.161 da cellulare e per chiamate dall'estero

Al momento della richiesta dovranno essere forniti i seguenti dati:

- cognome, nome, data di nascita e telefono di chi necessita della prestazione;
- prestazione da effettuare;
- diagnosi o quesito diagnostico

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post ricovero) o se è vicina la scadenza dell'operatività del Piano Sanitario, si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del Voucher Salute perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla prestazione o la fine della copertura.

2.2 Documenti da trasmettere al momento della richiesta:

- prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contenga il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata; in caso di prestazioni diverse da quelle sopra indicate (eccetto le cure odontoiatriche): la prescrizione deve essere fatta da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, è necessario il relativo referto. Per le prestazioni diverse da quelle previste in caso di Ricovero, può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase. Non è richiesta per le prestazioni di prevenzione (sanitaria e odontoiatrica);
- copia del tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up;
- in caso di infortunio:**
 - referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, il Beneficiario può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. Le cure dentarie da infortunio devono essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio

deve essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);

- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile;

e. in caso di incidente stradale:

- con la prima richiesta di attivazione di assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, il Beneficiario deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole);

f. in caso di gravidanza:

- certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto;
- in caso di gravidanza a rischio: certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione certificato dal ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN;

g. in caso di prestazioni odontoiatriche:

- nel caso delle prestazioni di implantologia e di estrazione denti previste dal Piano Sanitario devono essere forniti: radiografie e referti radiologici precedenti all'installazione dell'impianto/i; radiografie e referti successivi all'installazione dell'impianto/i;

h. in caso di fisioterapia da infortunio:

- copia della certificazione del pronto soccorso redatta entro le 48 h successive all'infortunio o della struttura sanitaria attestante l'infortunio;
- copia della prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia, indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto per la terapia dei postumi dell'infortunio;
- indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione;

i. in caso di fisioterapia per patologie particolari:

- copia della certificazione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata attestante la natura della patologia;
- copia della prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto;
- indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione.

La Mutua, anche per il tramite delle strutture convenzionate, potrà richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni nonché in caso di particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Come trasmettere i documenti:

- area riservata Associato www.cebmutua.it
- via fax: 0422.17.44.161



- per mail: assistenza.cebmutua@previmedical.it

2.3 Ricerca della struttura

Il Beneficiario può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata o utilizzando il seguente link: <https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/network.html>.

Se disponibili nel territorio, sono individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative (in caso di ricovero, anche le equipe mediche) in grado di garantire la prestazione entro 30 giorni dal rilascio del voucher.

Il Beneficiario conferma una delle strutture convenzionate proposte, o può individuarne una diversa; in quest'ultimo caso Mutua non garantisce che la prestazione sia eseguita entro 30 giorni dal rilascio del Voucher Salute.

In ogni caso se il Beneficiario non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni.

2.4 Rilascio del Voucher Salute

Se superati positivamente i controlli sulla documentazione e sulla richiesta, la Mutua tramite la centrale operativa:

- rilascia al Beneficiario un Voucher Salute entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico di quest'ultimo;
- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; in tal caso il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa;
- invia il voucher al Beneficiario per mail o sms (a seconda della scelta del Beneficiario) e alla struttura convenzionata. Se il Beneficiario non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

2.5 Validità e nuova emissione del Voucher Salute

Il Voucher Salute è valido 30 giorni dalla data di emissione.

Se è scaduto da massimo 7 giorni: il Beneficiario può chiederne la riemissione immediata entro 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza tramite la propria area riservata senza dover allegare di nuovo la documentazione già trasmessa.

Se è scaduto da più di 7 giorni: il Beneficiario deve chiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute, allegando di nuovo tutta la documentazione necessaria. Il Voucher Salute è rinnovabile dal 20° giorno dalla sua emissione al massimo per altre due volte, quindi con una validità complessiva di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

Se la riemissione è richiesta prima che siano finiti i 30 giorni di validità (e comunque dal 20° giorno di emissione del voucher), gli eventuali giorni di validità non usufruiti sono persi. Il voucher non può essere annullato dal Beneficiario. Se per motivi eccezionali questi ha necessità di annullarlo, deve contattare la Mutua ovvero le strutture convenzionate.

2.6 Modifica o integrazione delle prestazioni

Il Beneficiario deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo Voucher Salute.

Se il Beneficiario accede a strutture sanitarie senza attivare preventivamente la Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere usufruita né in regime di assistenza diretta né attraverso il rimborso.

2.7 Urgenza medico-sanitaria in caso di ricovero

Se è assolutamente impossibile richiedere il Voucher Salute in via preventiva, il Beneficiario può chiedere il rilascio del voucher entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni.

In questo caso il Beneficiario contatta la Centrale Operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove il Beneficiario è ricoverato.

Il modulo suddetto, compilato, va ritrasmesso alla Mutua (per mail assistenza.cebmutua@previmedical.it) allegando il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

La valutazione finale sulla effettiva esistenza del requisito di gravità rispetto al singolo caso è comunque effettuata dalla Mutua attraverso le strutture convenzionate; l'attivazione della procedura d'urgenza è subordinata a tale valutazione. La procedura d'urgenza non può essere attivata per ricoveri in regime di assistenza diretta all'estero, per i quali il Beneficiario deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

2.8 Prenotazione della prestazione

Ottenuto il voucher, il Beneficiario prenota personalmente la prestazione nella struttura convenzionata la quale può vedere il Voucher Salute emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento.

Il Beneficiario non può fissare l'appuntamento con la struttura convenzionata se non è già in possesso del Voucher Salute; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del Voucher Salute e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di assistenza diretta.

Se il Beneficiario accede a strutture sanitarie senza attivare preventivamente la Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere usufruita né in regime di assistenza diretta né attraverso il rimborso.

2.9 Dopo la prestazione

Il Beneficiario deve controfirmare la fattura emessa dalla struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso, e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.) La Mutua, anche tramite strutture convenzionate, effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili in base al Piano Sanitario.

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dal Piano Sanitario, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione al Beneficiario oppure alla struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di ricovero cartella clinica completa contenente anche la S.D.O., radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico).

Sono a carico del Beneficiario tutte le eventuali somme non espressamente riconosciute dal Piano Sanitario.

3. REGIME RIMBORSUALE

3.1 Richieste di rimborso

Il Beneficiario può ottenere il rimborso delle prestazioni previste dal Piano Sanitario, nei relativi limiti in esso previsti.

La richiesta di rimborso può essere effettuata on line attraverso l'apposita area riservata raggiungibile dal sito www.cebmutua.it allegando la scansione della documentazione giustificativa medica e di spesa.

La documentazione deve essere intestata all'assistito che usufruisce della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore del soggetto titolare della copertura.

Le prestazioni devono:

- essere prescritte da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni, ad eccezione delle prestazioni odontoiatriche; se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, è necessario il relativo referto;
- essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere);
- essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale);
- essere fatturate da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi.

Per effettuare le opportune valutazioni e/o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, la Mutua, anche per il tramite di strutture convenzionate, può sempre chiedere anche la documentazione in originale.

La Mutua, tramite strutture convenzionate, si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) al Beneficiario entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

3.2 Documenti da trasmettere

Il Beneficiario deve allegare alla richiesta di rimborso i seguenti documenti:

- a. **documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve



avere la marca da bollo nei casi normativamente previsti e deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta. Il beneficiario può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola;

- b. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere;
- c. **copia conforme della cartella clinica completa**, contenente anche la S.D.O., in caso di ricovero;
- d. **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno di vigenza del piano sanitario;
- e. **referti degli accertamenti diagnostici** eseguiti, in caso di ricoveri medici, interventi odontoiatrici;
- f. **in caso di fisioterapia da infortunio:**
 - copia della certificazione del pronto soccorso redatta entro le 48h successive all'infortunio o della struttura sanitaria attestante l'infortunio;
 - copia della prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto per la terapia dei postumi dell'infortunio;
 - copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa emesso dal medico o dal personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, o titolari di diplomi equipollenti);
- g. **in caso di fisioterapia per patologie particolari:**
 - copia della certificazione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata attestante la natura della patologia;
 - copia della prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto;
 - copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa emesso dal medico o dal personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, o titolari di diplomi equipollenti)
- h. **in caso di agopuntura manu medica:**
 - copia della prescrizione dello specialista attestante la necessità della terapia ai fini antalgici;



- copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa;
- i. **in caso di cure dentarie:** le richieste di rimborso devono essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In questo caso deve essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
- j. **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
 - referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, il Beneficiario può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. Le cure dentarie da infortunio devono essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio deve essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);
 - se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, anche il nominativo e il recapito del terzo.
 - In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, il Beneficiario deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole).
- k. **in caso di prestazioni previste nel "pacchetto maternità":**
 - certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto;
 - in caso di gravidanza a rischio: certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN;
- l. **in caso di presidi ed ausili medici ortopedici:**
 - copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo di presidi e ausili ortopedici con l'indicazione della patologia che l'ha generato;
 - copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato che il prodotto acquistato o noleggiato e, nel caso in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, è necessario inviare anche una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato o noleggiato;
- m. **in caso di prestazioni del pacchetto 1 "riabilitazione patologie arto superiore e arto inferiore":**
 - copia della certificazione medica attestante la natura della patologia, rilasciata dal medico di base o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata,
 - copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico di base o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie;
 - copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa emesso dal medico o dal personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista, così come indicato nella definizione di "trattamenti fisioterapici e riabilitativi" del Glossario). Per tutte



le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, è necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica anche una copia del ticket.

n. in caso di prestazioni del pacchetto 2 “riabilitazione post partum”:

- copia della certificazione rilasciata dal medico o struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza;
- copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico di base o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie;
- copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa emesso dal medico o dal personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista, così come indicato nella definizione di “trattamenti fisioterapici e riabilitativi” del Glossario). Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, è necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica anche una copia del ticket o

o. in caso di prestazioni del pacchetto 3 “post menopausa”:

- copia della certificazione rilasciata dal medico di base o dallo specialista, attestante lo stato di menopausa
- per i trattamenti fisioterapici previsti dal pacchetto: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico di base o dallo specialista indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie.
- Per la visita ginecologica e per la MOC: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico di base o dallo specialista;
- copia della fattura: per le fatture relative alle prestazioni fisioterapiche è necessario che dalla fattura si evinca che il trattamento fisioterapico è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa emesso dal medico o dal personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale o fisioterapista, così come indicato nella definizione di “trattamenti fisioterapici e riabilitativi” del Glossario). Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, è necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica anche una copia del ticket;

p) in caso di trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio sul lavoro:

- esclusivamente a fini riabilitativi sempreché siano prescritti da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa: certificato di Pronto soccorso redatto entro le 48 h successive all'infortunio e denuncia dell'infortunio che il datore di lavoro ha presentato all'INAIL.

q) in caso d'invalidità permanente:

- copia di modulo di rimborso;
- copia domanda d'invalidità da cui si evinca la data di presentazione;
- copia certificazione Inail/Inps attestante l'invalidità e il relativo grado;



- per l'invalidità da patologie e malattie professionali: copia della documentazione medica dalla quale si evinca la data d'insorgenza della patologia;
- copia prescrizione medica;
- copia documentazione di spesa

Per il personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf, ecc.) la documentazione di spesa richiesta è la seguente:

- prospetto di retribuzione rilasciato dal datore di lavoro dal quale si evinca: nome e cognome del lavoratore, numero ore lavorate, retribuzione oraria, totale retribuzione percepita, importo contributi versati, firma per ricevuta del lavoratore,
- ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS.

La Mutua, anche per il tramite delle strutture convenzionate, potrà richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni nonché in caso di particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge

SEZIONE V- GLOSSARIO

Assistenza diretta: il Beneficiario dovrà fruire delle prestazioni rivolgendosi alle strutture convenzionate con CEB Mutua, la quale provvederà a pagare le strutture per le prestazioni oggetto del Piano Sanitario, nei limiti e alle condizioni in esso previsti.

Le somme ulteriori rispetto a quelle previste in copertura restano a carico del Beneficiario e dovranno da questo essere versate alle strutture stesse, nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal Piano Sanitario.

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

Associato/Beneficiario: chi usufruisce del Piano Sanitario in qualità di dipendente, amministratore e/o socio della Persona Giuridica o dell'Ente associato alla Mutua. I beneficiari devono avere domicilio in Italia e codice fiscale.

Cartella clinica: insieme dei documenti ufficiali aventi la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la SDO non costituiscono cartella clinica completa.

Centrale Operativa/Struttura organizzativa: la struttura di CEB Mutua o dalla stessa convenzionata, costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga le prestazioni previste dal piano sanitario integrativo.

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Associato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sul contenuto del Piano Sanitario, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

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 ed Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

Contributo associativo: quota di adesione al piano sanitario versata dal Socio Partecipante per tutti i Beneficiari.

Convalescenza: periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.

Denuncia contributiva: file digitale contenente l'elenco dei Beneficiari del Piano Sanitario, che il Socio Partecipante invia attraverso un tracciato concordato a Ceb Mutua.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito,

esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni ospedaliere/Interventi chirurgici odontoiatrici:** singolo ricovero, o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post e, per gli interventi chirurgici odontoiatrici, implantologia postchirurgica). 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 e 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. Data evento: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento.
- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica. Data evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica. Data evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente ai ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico del Beneficiario, durante il ricovero.

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

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.

Intervento chirurgico concomitante: qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

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 o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

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

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

Limite rimborsabile: la spesa massima rimborsabile fino a concorrenza della quale, per ciascun anno coperto dal Piano Sanitario integrativo, la Mutua copre le spese per le prestazioni previste dal Piano Sanitario stesso.

Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per nucleo familiare.

Limite rimborsabile ulteriore / sotto limite rimborsabile: la spesa massima rimborsabile, per specifiche prestazioni previste espressamente nel Piano Sanitario, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno di copertura e nell'ambito degli ulteriori limiti rimborsabili già previsti, la Mutua copre le spese per le prestazioni previste dal Piano Sanitario.

Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Lungodegenza: ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche del Beneficiario 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 diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e 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: tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità).

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

Medicina alternativa o complementare: le 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.

Mutua: Controllo e Benessere – Società di Mutuo Soccorso (CEB MUTUA)

Network: rete di CEB Mutua o di altra struttura dalla Mutua convenzionata, 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.

La rete di strutture convenzionate è in continua evoluzione e può cambiare anche in corso di copertura, il relativo elenco è consultabile all'interno dell'area riservata dell'Associato ed al seguente link: <https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/network.html>

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.

Optometrista: professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

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.

Parti: il Socio Partecipante, il soggetto Beneficiario e la Società di Mutuo soccorso CEB.

Piano sanitario integrativo: documento contenente le prestazioni sanitarie garantite ai beneficiari.

Quota associativa: la somma dovuta dall'Associato per associarsi alla CEB Mutua ed aderire al Piano Sanitario

Presidio (o ausilio) medico ortopedico: strumento o manufatto che sostiene, supplisce, aumenta o migliora una funzione insufficiente o compromessa di parti anatomiche (per esempio: plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle ecc.).

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.

Sono escluse, per esempio, le ortesi (come tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Regime rimborsuale: la Mutua rimborsa, entro i limiti ed alle condizioni previste nel Piano Sanitario, le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano tra le strutture convenzionate con la Mutua stessa.

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

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

Ricovero improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rimborso/indennizzo: la somma dovuta dalla Mutua in caso del verificarsi dell'evento previsto dal Piano Sanitario Integrativo.

Socio Partecipante: Persona Giuridica o Ente che, ai sensi dell'art. 11 dello Statuto di CEB Mutua, aderisce al Piano Sanitario Integrativo nell'interesse proprio e dei propri dipendenti, amministratori e/o soci (ovvero altro gruppo omogeneo di soggetti) ed è responsabile del versamento della quota associativa ovvero del contributo previsto per il Piano Sanitario Integrativo.

Somma non rimborsabile: la parte delle spese sostenute, determinata in misura fissa o in percentuale, che rimane a carico del Beneficiario. Se non diversamente indicato si applica per evento.

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

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Mutua e del Beneficiario

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 tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine del presente Piano Sanitario, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da medico specialista o da 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) o da 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, salvi ulteriori requisiti di legge.

Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica (ad esempio la masoterapia a fini estetici) e le prestazioni per finalità di mantenimento.

Visita specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è



destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale, Pediatria ed altri professionisti (per esempio il biologo nutrizionista).

VICINI A TE NEL LAVORO E NELLA SALU TE



SOCIETÀ DIMUTUOSOCCORSO

Controllo&Benessere

