

Regolamento del Piano Sanitario

OPERA SMART

SOMMARIO	pagine
Glossario	3
Norme Generali	10
Norme che regolano tutte le Garanzie	13
Prestazioni sanitarie	18
Prestazioni extra sanitarie	23
Long Term Care	25
Prevenzione	27
Servizi della Centrale Salute	28
Elenco Grandi Interventi	29
Tabella punteggi per la determinazione del grado di non autosufficienza	31

GLOSSARIO

Assistenza diretta

Modalità di erogazione del servizio in base al quale le prestazioni sono effettuate presso Strutture sanitarie Convenzionate utilizzando personale medico Convenzionato, per il tramite di Health Assistance. In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Mutua Nazionale alle strutture e ai Medici Convenzionati. (escluse eventuali quote a carico del Socio). L'Assistenza diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla presa in carico (P.I.C.). L'elenco delle strutture Convenzionate è consultabile dal Socio nella propria area riservata.

Assistenza Indiretta

Modalità di erogazione del servizio in base alla quale, dietro presentazione di richiesta da parte del Socio, Mutua Nazionale rimborsa le spese mediche sostenute, nei termini previsti dal presente piano sanitario. E' necessario allegare alla richiesta di Rimborso la documentazione medica e i documenti di spesa. Nel caso in cui la prestazione venga effettuata in una struttura sanitaria Convenzionata è necessario presentare il modulo di Accesso al Network per il proprio riconoscimento.

Attività professionale

Attività svolta professionalmente in maniera costante e sistematica, non meramente occasionale, anche se non esercitata come attività principale.

Animale domestico

Animale che vive stabilmente in un'abitazione con un nucleo familiare. Al fine di attivare la copertura dovrà essere presentata a Mutua Nazionale copia dell'iscrizione all'anagrafe canina da cui risulti il codice del micro cip ovvero del tatuaggio.

Carenza (termine di aspettativa):

Il tempo che intercorre dalla decorrenza del piano sanitario e l'effettiva operatività delle prestazioni.

Cartella Clinica:

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il Ricovero che raccoglie le informazioni di tipo medico ed infermieristico. Contiene le generalità per esteso del Socio, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico. In quanto atto pubblico non è ammessa alcuna interazione ovvero alcuna modifica, aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo – anche se protese al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti – se non da parte dello stesso pubblico ufficiale che l'ha formata, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

Centrale Salute

Uffici dedicati alla gestione delle prese in carico (P.I.C.) in forma diretta e delle pratiche di Rimborso, nonché a fornire le informazioni necessarie ai soci per l'accesso alle prestazioni e ai servizi.

Centro Convenzionato

Case di cura, centri diagnostici, centri polispecialistici, ospedali, laboratori di analisi, centri fisioterapici, studi medici specialistici, studi odontoiatrici e qualsiasi altra struttura o professionista che abbia stipulato un accordo di Convenzione con la centrale salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni oggetto della garanzia, sia in forma diretta che indiretta.

Centro diagnostico

Ambulatorio o poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, per le indagini diagnostiche e/o per gli Interventi chirurgici ambulatoriali.

Ciclo di cura

Insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia o Infortunio contestualmente prescritti dal Medico e presentati a Mutua Nazionale in un'unica richiesta di Rimborso.

Convalescenza

Periodo di tempo successivo al Ricovero, prescritto dai Medici ospedalieri nella cartella clinica al momento delle dimissioni, necessario per la guarigione clinica, durante il quale il Socio è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Data evento

Per Ricoveri e Interventi chirurgici si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento. Per le altre prestazioni previste dal piano sanitario si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente erogata (se presenti più fatture per lo stesso evento la data si intenderà quella della prestazione relativa alla fattura con data antecedente).

Data insorgenza patologia

La data in cui lo stato patologico si è manifestato e/o è stato diagnosticato e/ è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

Day Hospital

Degenza in Istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

Day Surgery

Degenza in Istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti chirurgici.

Decadenza

Termine massimo entro il quale presentare la documentazione ai fini dell'Assistenza Indiretta (Rimborso). La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del Rimborso. La sospensione dell'istruttoria della pratica di Rimborso, a seguito di richiesta di integrazione documentale per incompletezza, non comporta interruzione del termine decadenziale di cui sopra.

Difetto Fisico

La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Evento

Il fatto per il quale operano le garanzie del presente piano sanitario. In caso di Ricovero ordinario e di trasferimento in altra struttura si considera "unico evento" in quanto avvenuto senza soluzione di continuità. In quanto evento unico non potranno cumularsi Rimborsi relativi a differenti garanzie.

Garanzia

Prestazioni e servizi per i quali si prevede il Rimborso o diaria o contributo, secondo i termini indicati dal piano sanitario. Il presupposto dell'operatività della garanzia è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) derivante da Malattia o Infortunio.

Gessatura

Apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate o con fasce rigide oppure con apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile o rimovibile esclusivamente da personale medico o paramedico, limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura accertata.

Guida operativa per accesso ai servizi e alle prestazioni

Il documento complementare che è parte integrante del presente piano sanitario che illustra modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma diretta che indiretta, documentazione necessaria e tempi.

Health Point

Centri di sanità leggera Convenzionati con la Centrale Salute dotati di devices di ultima generazione che consentono di promuovere un corretto stile di vita e benessere ed effettuare prestazioni di diagnosi anche attraverso consulenze mediche e refertazioni online. I dati elaborati confluiscono in una cartella sanitaria (fascicolo sanitario elettronico). Per ulteriori informazioni si consulti il sito www.healthpointitalia.com.

Health Point Medical Care

Network di centri medici polispecialistici dotato di strumentazioni innovative e personale specializzato.

Inabilità temporanea

L'incapacità fisica, totale o parziale, di svolgere le proprie attività in via temporanea a seguito di Infortunio o Malattia.

Indennità integrativa

Importo giornaliero erogato da Mutua Nazionale per far fronte alle necessità di recupero conseguenti a Infortunio o Malattia. L'Indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese sostenute per il Ricovero. Spese pre e post verranno rimborsate nei termine del presente piano sanitario.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato da Mutua Nazionale per far fronte alle necessità di recupero conseguenti a Infortunio o Malattia. L'Indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese sostenute per il Ricovero e non prevede il riconoscimento delle spese pre e post.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura sanitaria pubblica, che abbiano come conseguenza un'invalidità temporanea, un'invalidità permanente, la morte oppure una delle altre prestazioni previste dal presente piano Sanitario. Il referto di Pronto Soccorso dovrà attestare le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento. Sono escluse le conseguenze dell'evento in cui manchi l'esteriorità della causa, come gli sforzi e gli atti di forza.

Infortunio odontoiatrico

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie che siano documentate da referto di Pronto Soccorso di Struttura sanitaria pubblica, che attesti le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze.

Integratori alimentari/ dispositivi medici naturali: prodotti a base di collagene che agiscono attivando e valorizzando le potenzialità interne del corpo umano, quindi ispirati al principio di cura della salute prima che di cura della Malattia. Il collagene, introdotto nell'uso corrente come integratore alimentare, contribuisce al sostegno ed al funzionamento fisiologico dell'organismo con obiettivi privilegiati di:

- rafforzare le articolazioni prevenendo dolori ed infiammazioni
- mantenere la pelle sana, i capelli folti e le unghie resistenti
- ripristinare la barriera protettiva dello stomaco, evitando nausea ed acidità

Intervento chirurgico

Atto medico con diretta finalità terapeutica realizzato mediante cruentazione di tessuti e mediante l'uso di strumenti chirurgici e idonee apparecchiature. Si considera Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta delle fratture. Salvo diversamente previsto nella singola garanzia del presente piano sanitario, sono considerati Interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi ovvero che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi bioptici ecc, non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Intervento chirurgico eseguito senza Ricovero e quindi senza degenza.

Invalidità permanente

La definitiva incapacità fisica, parziale o totale, ad attendere alle proprie occupazioni.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o di lungo degenza e di soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le cliniche aventi finalità di custodia o educative.

Lesioni da sforzo/atto di forza

Lesioni causate da eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute dell'organismo o di un suo organo, dal punto di vista anatomico o funzionale, non dipendente da Infortunio.

Malattia oncologica

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto (comprese le leucemie e il morbo di Hodgkin).

Malformazione

Qualunque alterazione morfologica o funzionale congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile.

Manifestazione

Momento in cui si manifesta la Malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi/accertamento della stessa.

Massimale/submassimale

La somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale la Mutua sostiene i costi delle prestazioni previste dal presente piano sanitario.

Medico

Persona legalmente abilitata all'esercizio della professione medica – alla diagnosi e cura – che esercita la professione nei limiti della propria specializzazione e che non sia il Socio, un appartenente al suo nucleo familiare, ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella del Socio o di un appartenente al proprio nucleo familiare.

Mutua

Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Nazionale

Patologia pregressa: qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

Pratica

Insieme completo di tutti i documenti relativi all'evento per il quale si chiede Rimborso o Indennizzo nei termini del presente piano sanitario.

Premorienza: Evento morte che avviene prima di quella di un'altra persona o prima di un dato termine.

Presa in carico (P.I.C.)

Documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta del Socio e in ottemperanza di quanto previsto dal presente piano sanitario, invia alle strutture Convenzionate per il servizio di accesso alle prestazioni in forma diretta. In nessun caso l'autorizzazione alla presa in carico dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito dell'ulteriore valutazione documentale ovvero solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata da parte della struttura sanitaria. Il Socio si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non oggetto di autorizzazione, non rimborsabili o escluse, sulla base del piano sanitario sottoscritto, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse o indicate in fase di autorizzazione, ma comunque previste dal piano sanitario.

Quote di spesa a carico del Socio

Importi di spesa che rimangono a carico del Socio

Ricovero improprio: il Ricovero durante il quale vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato.

Ricovero ordinario

La degenza comportante pernottamento in Istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti medici e/o terapeutici e/o chirurgici, purché tale periodo di

presenza in ambito ospedaliero comprenda un minimo di ore continuative pari ad almeno 20 e venga debitamente documentato da apposita certificazione ospedaliera.

Rimborso

La somma dovuta dalla Mutua al Socio in caso di evento e prestazione rimborsabile nei termini del presente piano sanitario.

Socio

- Persona fisica iscritta regolarmente a Mutua Nazionale il cui interesse è protetto dal piano sanitario, cittadino della Repubblica Italiana o cittadino straniero residente in Italia. Il Socio potrà indicare i familiari beneficiari delle prestazioni, dei Sussidi e delle assistenze mutualistiche, che assumeranno la qualifica di *"iscritti beneficiari"*;
- Persona giuridica ed enti a condizione che operino in rappresentanza dei lavoratori e pensionati aderenti, che assumeranno la qualifica di *"iscritti beneficiari"*

Statuto e Regolamento Applicativo di Mutua Nazionale

Documentazione che regola il rapporto associativo con Mutua Nazionale e costituente parte integrante e sostanziale del presente piano sanitario. Sono sempre consultabili e messi a disposizione del Socio nella propria Area Riservata.

Struttura VIP

L'Istituto Provincia Italiana dell'Istituto delle Suore Mercedarie, gli Health Point, gli Health Point Mediacal Care ed ogni altra Struttura di cui all'Elenco messo a disposizione del Socio nella propria Area Riservata.

Visita specialistica

La visita effettuata da Medico chirurgo in possesso del titolo di specializzazione, per diagnosi e prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Norme Generali

OGGETTO:

L'oggetto del presente piano sanitario è:

- L'erogazione di trattamenti e prestazioni Socio-sanitarie a favore dei soci in caso di Infortunio, Malattia, invalidità al lavoro, nonché in presenza di inabilità temporaneo o permanente;
- L'erogazione di contributi in caso di spese sanitarie sostenute dai soci per la diagnosi e la cura delle Malattie e degli Infortuni;
- L'erogazione di servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti.
- L'erogazione di contributi economici e di servizi di assistenza ai soci che si trovino in condizione

di gravissimo disagio economico a seguito dell'improvvisa perdita di fonti reddituali personali e familiare e in assenza di provvidenze pubbliche;

Art. 2 – SOCI

Possono essere soci le persone fisiche che ne facciano richiesta e siano cittadini della Repubblica Italiana o cittadini stranieri residenti in Italia nonché le persone giuridiche, pubbliche o private, gli enti associativi, ivi inclusi i Fondi sanitari integrativi e gli enti mutualistici secondo quanto previsto dalle leggi vigenti e dallo statuto. Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore dell'Associato Titolare del Sussidio nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale ha aderito al presente regolamento aggiuntivo, nonché il relativo Nucleo Familiare.

Tutte le richieste verranno valutate dal Consiglio di Amministrazione di Mutua Nazionale sulla base delle disposizioni dello statuto e del Regolamento applicativo (art. 3 Regolamento Applicativo)

L'aspirante Socio dovrà compilare e sottoscrivere la domanda di adesione, provvedere al versamento della quota di iscrizione determinata dal CdA e al pagamento del relativo contributo mutualistico.

È data, altresì, facoltà all'Associato Titolare del Sussidio di estendere volontariamente la presente copertura al Nucleo familiare, a fronte del pagamento del relativo contributo.

Rientrano nella definizione di Nucleo Familiare del Socio persona fisica e del rappresentato del Socio diverso dalla persona fisica: il coniuge, il convivente di fatto, l'altra parte dell'unione civile, i figli conviventi, i genitori conviventi.

Accertato il versamento di quanto dovuto si procederà con l'iscrizione del nominativo nel Libro dei Soci, con conferma via mail all'interessato.

Il Socio persona fisica potrà indicare le prestazioni, i Sussidi e le assistenze mutualistiche presenti nel piano sanitario e indicare gli eventuali familiari beneficiari delle prestazioni e delle assistenze mutualistiche.

I soci persona giuridica opereranno in rappresentanza dei lavoratori e aderenti e dei loro familiari. Il Socio per i rappresentati e loro familiari, indica le prestazioni, i Sussidi e le assistenze mutualistiche presenti nel piano sanitario.

Art. 3 – LIMITI DI ETÀ'

L'adesione al presente Sussidio sarà possibile per tutti gli Associati che alla data di attivazione non abbiano compiuto i 68 anni di età.

L'adesione al presente Sussidio prosegue anche superati i 68 anni a condizione che l'Associato rinnovi, senza soluzione di continuità, di anno in anno l'adesione al Sussidio. In caso di cessazione dell'adesione, una nuova adesione potrà avvenire soltanto con le specifiche modalità previste per i Sussidi sanitari che ammettono l'adesione di Associati che abbiano già compiuto 68 anni.

Quanto previsto ai commi che precedono si intende valido anche nel caso di adesione al Sussidio per tutto il Nucleo familiare; in particolare, qualora uno dei componenti del Nucleo familiare abbia già compiuto i 68 anni di età, l'adesione al presente Sussidio sarà possibile:

- 1) Nella formula "singolo": per il solo componente del Nucleo familiare con meno di 68 anni;
- 2) Nella formula "nucleo": per tutti i componenti del Nucleo familiare con meno di 68 anni, esclusi quindi coloro che abbiano già superato detto limite di età.

Le prestazioni previste dal presente Sussidio sono messe a disposizione degli Associati senza alcun limite di età in uscita.

Art. 4 - CONTRIBUTI

L'ammontare del contributo che i soci devono versare per le prestazioni e i Sussidi erogati è stabilito dal CDA e viene differenziato a seconda del piano sanitario.

ART 5 – PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO E DECORRENZA

Il pagamento del contributo aggiuntivo può essere corrisposto a Mutua Nazionale in rate semestrali, trimestrali o mensili, previa autorizzazione dell'Associato al pagamento delle rate successive mediante Rid bancario o carta di credito.

Mutua Nazionale eroga le prestazioni se è stato pagato il contributo base e aggiuntivo. La data di decorrenza si intende fissata dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento.

ART. 6 – RITARDATO E MANCATO VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

Il ritardato pagamento dei contributi da parte del Socio comporta la sospensione dell'erogazione delle prestazioni dalla data di inizio dell'omissione contributiva. La Società, ricevuto il pagamento dei contributi arretrati, si riserva di svolgere le verifiche bancarie ed amministrative relative al versamento e, nel caso in cui i riscontri siano positivi, riattiverà l'erogazione delle prestazioni.

Se la morosità supera i 180 giorni il Socio decade *ipso jure* da tale qualifica con conseguente effetto, ivi compresa l'esclusione della qualifica di Socio e la cancellazione dal Libro dei Soci. In tale ultima ipotesi il Socio decade dal diritto per qualunque prestazione e/o Sussidio.

ART. 7 – DURATA DEL SUSSIDIO E TACITO RINNOVO

Il presente piano sanitario ha validità tre anni a decorrere dal giorno di attivazione (art. 5) Il piano sanitario si intende rinnovato di anno in anno con l'obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste, salvo che il Socio non invii comunicazione di non rinnovo mediante lettera raccomandata A/R oppure via PEC spedita almeno 60 giorni prima della scadenza triennale. In ogni caso Mutua Nazionale entro 60 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo email all'Associato le condizioni di rinnovo per la successiva annualità.

ART. 8 – DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Il sottoscrittore delle domanda di adesione può esercitare il diritto di ripensamento entro 14 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione della domanda di adesione medesima ed a condizione che non sia stata data esecuzione al contratto, inviando lettera raccomandata A/R oppure PEC a Mutua Nazionale. Il sottoscrittore esercitando il diritto di ripensamento entro il termine sopra indicato ha diritto al Rimborso degli importi versati a Mutua Nazionale a titolo di quota associativa annuale e di contributo relativo al piano sanitario scelto.

ART. 9 – DIRITTO DI RECESSO

Ai sensi dell'art. 12 del Regolamento Applicativo il Socio può esercitare il diritto di recesso in qualsiasi momento, che avrà efficacia alla scadenza del piano sanitario, inviando raccomandata A/R alla sede legale della Società oppure PEC almeno 60 giorni prima della scadenza. Il Socio recedente non ha diritto al Rimborso di alcuna somma versata.

ART. 10 – TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del Rimborso.

ART. 11 – DICHIARAZIONI E COMUNICAZIONI DELL'ASSOCIATO

Le dichiarazioni non veritiere rese dal Socio ai fini di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da Mutua Nazionale in caso di evento rimborsabile in base al presente piano sanitario. Nel caso di simulazioni del verificarsi delle condizioni necessarie ad ottenere il Rimborso Mutua Nazionale si riserva di deliberare l'immediata esclusione del Socio senza restituzione dei contributi nel frattempo versati.

ART. 12 – RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

Ogni e qualsivoglia controversia dovesse insorgere tra soci, amministratori e Mutua Nazionale, o essere collegata direttamente o indirettamente in merito all'interpretazione, validità, efficacia, esecuzione o risoluzione dello Statuto e dei Regolamenti nonché della domanda di adesione, sarà devoluta in via esclusiva al Foro di Roma.

ART. 13 – MASSIMALI

Tutti i Massimali e sub Massimali menzionati nel presente Piano Sanitario sono da intendersi per anno di validità del Piano Sanitario stesso, salvo se diversamente espresso nelle singole garanzie. Ogni Massimale e sub Massimale indicato è da intendersi unico per tutti i componenti del Nucleo familiare, salvo se diversamente espresso nelle singole garanzie.

ART. 14 – SOTTOSCRIZIONE DI PIU' SUSSIDI

Nel caso in cui il Socio abbia sottoscritto più Sussidi con Mutua Nazionale, verrà riconosciuta la condizione più favorevole tra le prestazioni a cui ha diritto, previste dal Piano Sanitario.

ART. 15 – LIMITI TERRITORIALI

Le garanzie, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo diversamente espresso nelle singole garanzie. Nel caso di spese effettuate all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della BCE.

ART. 16 – RINVIO ALLE NORME

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento si intendono richiamate le norme dello Statuto, del Regolamento Applicativo e le delibere dell'Assemblea dei Soci e del CdA.

Norme che regolano tutte le Garanzie (salvo non espressamente derogato)

ART. 17 – TERMINI DI ASPETTATIVA (carenza)

Le garanzie decorrono

- Per gli Infortuni e l'Aborto post – traumatico: dalle ore 24:00 della data di effetto del Piano Sanitario
- Per la conseguenza di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla data di effetto del presente Piano Sanitario: dal 150° giorno;
- Per il Parto: dal 270° giorno successivo a quello di effetto del Piano Sanitario;
- Per le Malattie: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del piano sanitario;
- Per le Malattie dipendenti da gravidanza: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del piano sanitario a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto del piano sanitario.

In caso di provenienza da altra precedente Mutua, Fondo di Sanità Integrativa, Cassa o Compagnia di Assicurazioni, senza soluzione di continuità, documentata da idonea documentazione o certificazione dalla quale si evinca la continuità della copertura rispetto alla data di decorrenza, non si applicano i suddetti termini di carenza.

ART. 18 – PREGRESSE

Tutte le garanzie oggetto del presente Piano Sanitario attivate in conseguenza a Infortuni insorti precedentemente alla data di decorrenza dello stesso, si intendono espressamente escluse.

Si intendono escluse dalla copertura assistenziale anche tutte le garanzie attivate in conseguenza di qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza del dello stesso.

Tale esclusione non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta la presente Sussidio.

In caso di attivazione del presente Piano Sanitario senza soluzione di continuità rispetto ad altro Sussidio messo a disposizione da Mutua Nazionale, verrà considerata come data di prima adesione, a tutti gli effetti e salvo particolari deroghe, quella relativa alla stipula del presente Sussidio.

Nel solo caso in cui il Sussidio di provenienza preveda l'inclusione delle pregresse, oppure preveda il riconoscimento delle pregresse decorsi tre anni ininterrotti di attivazione del Sussidio, l'esclusione delle prestazioni conseguenti a Malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di adesione al presente Sussidio si intenderà valida solo per le maggiori e più ampie prestazioni previste dal presente Sussidio rispetto a quello di provenienza. In tal caso, per tali nuove prestazioni, verrà considerata come data di prima adesione quella relativa al presente Sussidio.

ART. 19 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dal presente Sussidio sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche garanzie):

- a. le prestazioni non corredate da copia della prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di

- energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Isritto.
- c. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione, nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
 - d. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
 - e. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del Sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;
 - f. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
 - g. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, e in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del Sussidio;
 - h. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
 - i. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da Medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
 - j. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
 - k. la cura delle Malattie professionali e sindromi correlate, così come definite dal D.Lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/ o integrazioni;
 - l. le prestazioni prescritte e/ o erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione rilasciata e rispetto alla diagnosi/ quesito diagnostico per il quale la prestazione è prescritta/ erogata;
 - m. le prestazioni prescritte e/ o erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana.
 - n. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
 - o. l'Aborto volontario non terapeutico;
 - p. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato;
 - q. le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio;

- r. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
- s. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- t. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- u. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- v. gli Infortuni conseguenti alla pratica di attività ludiche pericolose o sport estremi o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tutti controllati da corde elastiche, sci acrobatico o estremo o fuori pista, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, ecc...) o gare motoristiche e/o motonautiche o sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- w. gli Infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- x. gli Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- y. gli Infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- z. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- aa. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- bb. i Ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- cc. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi. Esclusivamente in tale caso, a insidicabile giudizio di Mutua Nazionale, espresso anche in base alla valutazione delle circostanze specifiche, potrà essere eccezionalmente riconosciuto il rimborso delle spese e l'erogazione delle prestazioni connesse all'evento, subordinatamente alla presentazione da parte dell'associato di comunicazione della Compagnia assicurativa del terzo danneggiante che rigetta la richiesta di indennità ovvero riconosce tale indennità in una misura inferiore rispetto a quella prevista applicando i massimali di cui al presente sussidio;

dd. spese per il trasporto del plasma.

ART. 20 – MODALITA' DI EROGAZIONE E TEMPI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

Le richieste di Rimborso delle spese mediche sostenute devono essere presentate entro 120 giorni dall'evento. La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro tale termine determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del Rimborso. La sospensione dell'istruttoria non interrompe la decadenza indicata.

In caso di sospensione, il Socio ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa (sempre entro 120 giorni dalla data dell'evento). Decorsi 60 giorni la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova e completa richiesta comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro 120 giorni dalla data dell'evento oltre i quali il suo diritto decade.

Mutua Nazionale potrà richiedere in ogni momento la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentino grafie diverse, oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

Il Socio è tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita dei Medici incaricati da Mutua Nazionale per qualsiasi indagine e/o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i Medici che lo hanno visitato e curato.

ART 21 – TEMPI PER IL RIMBORSO

- Prestazioni effettuate in forma diretta presso strutture professionisti Convenzionati con la Centrale Salute: le spese verranno corrisposte da Mutua Nazionale direttamente alle strutture e ai professionisti a termini di questo piano sanitario e soltanto a seguito dell'esito positivo di rimborsabilità derivante dall'analisi della documentazione medica e di spesa inoltrata dalla struttura o professionista alla Centrale Salute. Pertanto il rilascio dell'autorizzazione per la presa in carico costituisce un mero servizio di attivazione.
- Prestazioni effettuate in assistenza indiretta: entro 40 giorni dalla data di presentazione della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria, Mutua Nazionale provvederà alla lavorazione delle richieste al fine di rimborsare quanto dovuto ai termini del presente piano sanitario. La sospensione della lavorazione per documentazione mancante sospenderà i termini che decorreranno di nuovo e per intero dalla data di presentazione della documentazione completa. La Centrale Salute non sarà tenuta a verificare che la documentazione sia stata inserita in altre pratiche. Ogni richiesta dovrà essere presentata in modo completo.

Prestazioni ospedaliere

1) RICOVERO CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL E DAY SURGERY

Il Massimale annuo entro il quale Mutua Nazionale eroga prestazioni a seguito di Ricovero con e senza Intervento chirurgico, compreso Day Hospital e Day Surgery, è pari a € 50.000,00 per anno/nucleo.

In caso di Ricovero con e senza Intervento chirurgico, Day Hospital e Day Surgery, resi necessari da Malattia, Infortunio, Parto naturale, Parto cesareo e Aborto terapeutico, Mutua Nazionale provvede a rimborsare le seguenti spese:

- Entro 60 giorni prima del Ricovero – Accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche;
- Durante il Ricovero – Onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, medicinali ed esami, cure, assistenza medica ed infermieristica, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
Retta di degenza – Entro il sub-massimale pari ad € 150,00. Tale sub-massimale si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nel reparto di terapia intensiva;
Accompagnatore – E' previsto un sub-massimale di € 30,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per vitto e pernottamento in istituto di cura dell'accompagnatore (per 30 giorni si intende il periodo massimo complessivo previsto per questa garanzia);
- Entro 60 giorni dopo il Ricovero – Esami diagnostici e visite specialistiche, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali (con prescrizione medica), cure termali (escluse spese alberghiere)
Assistenza infermieristica a domicilio (post intervento), entro il sub-massimale di € 25,00 al giorno entro il limite massimo di 40 giorni per evento

Condizioni

In caso di Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital e Day Surgery di cui al presente art. 1, Mutua Nazionale provvederà al Rimborso delle spese mediche sostenute come segue:

- In caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria VIP (assistenza diretta o indiretta) è previsto un Rimborso del 100%;
- In caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria convenzionata è previsto un Rimborso del 70%;
- In caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria non convenzionata è previsto un Rimborso del 50%;

- In caso di prestazioni erogate presso una struttura del SSN o presso strutture convenzionate con il SSN è previsto il Rimborso del 100% dei ticket sanitari

In caso di richiesta di Rimborso di spese mediche in forma indiretta, è necessario presentare, unitamente alla richiesta, il modulo di accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria. In assenza, se la struttura non ha applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua Nazionale il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua Nazionale e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico del Socio stesso. Inoltre, è previsto in questo caso il Rimborso delle spese come previsto in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

2) INDENNITA' SOSTITUTIVA IN CASO DI RICOVERO ORDINARIO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO/RICOVERO ORDINARIO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL E DAY SURGERY PRESSO IL SSN

In caso di Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico, Ricovero ordinario con Grande Intervento Chirurgico, Day Hospital e Day Surgery effettuati presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale, ove l'Associato non richieda alcun Rimborso delle spese di cui al precedente art. 1 e al successivo art. 5, Mutua Nazionale corrisponderà un'Indennità giornaliera per fare fronte alle necessità di recupero derivanti da Malattia, Infortunio, Parto e Aborto terapeutico.

L'Indennità sarà pari ad € 150,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento nel caso di Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico e Ricovero ordinario con Grande Intervento Chirurgico e per ogni giornata di degenza in caso di Day Hospital e Day Surgery, sino ad un massimo di 60 giorni complessivi per annualità.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero (pre e post Ricovero), eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

3) ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI COMPRESI - Sub-massimali

Sono comprese nella garanzia Ricovero di cui al precedente art.1, con le stesse modalità di Rimborso, le prestazioni di seguito in elenco con i relativi sub-massimali:

- Parto naturale – submassimale per anno/nucleo € 2.500,00

- Parto cesareo e aborto terapeutico – submassimale complessivo per anno/nucleo € 3.500,00

Nella garanzia Parto, nei limiti del submassimale sopra indicato, Mutua Nazionale provvederà a rimborsare le spese sostenute per la cura ed il controllo del neonato nel suo primo anno di vita.

4) CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI EMBRIONALI

A seguito dell'Evento Parto, garantito ai sensi del presente Sussidio, Mutua Nazionale mette a disposizione del Socio la possibilità di destinare € 350,00 a prestazioni inerenti la Conservazione delle Cellule Staminali Embrionali.

Il limite indicato è da intendersi come sub massimale annuo della garanzia "Parto Naturale" o "Parto Cesareo", secondo la tipologia di Parto effettuata.

La suddetta spesa sarà rimborsata senza alcuna quota di spesa a carico dell'Associato e solo se effettuata presso Strutture Sanitarie Convenzionate con la Centrale Salute (Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network).

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Associato avrà anche a disposizione, a costi agevolati, la possibilità di usufruire della convenzione stipulata tra la Centrale Salute e la Società StemWay Biotech Limited.

Grazie alla Convenzione siglata sarà possibile per l'Associato richiedere direttamente alla StemWay Biotech, anche per il tramite della Centrale Salute, il servizio di conservazione delle cellule staminali in forma privata all'estero, secondo i criteri normativi attualmente in vigore, nonché usufruire dei pacchetti sotto elencati a costi agevolati.

a) Crio - conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale.

Gli standard qualitativi utilizzati dalla StemWay Biotech nel testare, processare e preparare i campioni, sono tra i più severi e moderni disponibili. La qualità del processo di separazione delle cellule dal plasma e la specifica curva di crio-conservazione elaborata dai ricercatori dei loro laboratori sono in grado di offrire la più elevata garanzia di conservazione.

Le cellule staminali vengono così conservate, suddivise in più lotti, al fine di eliminare i rischi da perdita totale del campione a causa di eventi catastrofici.

Tutti i laboratori hanno ottenuto i più severi accreditamenti internazionali (GMP-ISO17025) e garantiscono il medesimo elevato livello di qualità e di sicurezza. I laboratori utilizzati da StemWay Biotech possono, inoltre, offrire servizi di amplificazione e coltura cellulare secondo i più rigorosi e

moderni standard scientifici internazionali, puntando a divenire il punto di riferimento per gli sviluppi della medicina rigenerativa.

b) Informazione scientifica.

StemWay BIOTECH vuole costituire una fonte privilegiata per i Genitori ed i professionisti del settore sanitario, per l'accesso ad informazioni attendibili, indipendenti, aggiornate ed esaustive sulla ricerca scientifica e la sua applicazione in materia di cellule staminali, attraverso supporti informativi documentali e colloqui individuali con i nostri specialisti.

Al fine di garantire l'assoluta correttezza etica e scientifica di tutte le attività della società, StemWay Biotech è l'unico operatore del settore che prevede, tra i propri organi sociali, un Comitato Etico indipendente.

Questo perché un completo e oggettivo supporto informativo scientifico, che già costituisce il fondamento della serenità di ciascun paziente, nell'ambito di un settore così innovativo, quale quello delle cellule staminali, deve rappresentare un valore insostituibile.

c) Consulenza medica.

StemWay BIOTECH non vuole limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vuole essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico ed ideale per ogni ulteriore esigenza che possa maturare a conservazione avvenuta.

Qualora nel corso del periodo di stoccaggio dovesse presentarsi una patologia per la quale la disponibilità di proprie cellule staminali possa consentire l'utilizzo di un trattamento o di una terapia a base di staminali, StemWay BIOTECH potrà assicurare la migliore assistenza nella selezione, a livello internazionale, dei professionisti, degli ospedali e delle cliniche più avanzate supportando, se richiesto, la struttura sanitaria che ha in cura il paziente.

Inoltre StemWay BIOTECH si prenderà cura del trasporto dei campioni presso la struttura sanitaria indicata dai Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

5) RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Il Massimale annuo entro il quale Mutua Nazionale eroga prestazioni a seguito di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico è pari a € 100.000,00 per anno/nucleo, secondo l'Elenco esaustivo dei "Grandi Interventi chirurgici", riportato nell'allegato 1 del presente Piano Sanitario.

In caso di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico, reso necessario da Malattia o Infortunio, Mutua Nazionale provvede a rimborsare le seguenti spese:

- Entro 60 giorni prima del Ricovero – Accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche;
- Durante il Ricovero – Onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgico, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, medicinali ed esami, cure, assistenza medica ed infermieristica, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi;

Retta di degenza - Entro il sub-massimale pari ad € 150,00. Tale sub-massimale si intende raddoppiato per i giorni di degenza effettuati nel reparto di terapia intensiva;

Accompagnatore – E' previsto un sub-massimale di € 30,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per vitto e pernottamento in istituto di cura dell'accompagnatore (per 30 giorni si intende il periodo massimo complessivo previsto per questa garanzia);

- Entro 60 giorni dopo il Ricovero – Esami diagnostici e visite specialistiche, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali (con prescrizione medica), cure termali (escluse spese alberghiere)

Assistenza infermieristica a domicilio (post intervento)- entro il sub-massimale di € 25,00 al giorno entro il limite massimo di 40 giorni per evento

Condizioni

In caso di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico, Mutua Nazionale provvederà al Rimborso delle spese mediche sostenute come segue:

- In caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria VIP (assistenza diretta o indiretta) è previsto un Rimborso del 100%;
- In caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria convenzionata è previsto un Rimborso del 70%;
- In caso di prestazioni erogate presso una struttura sanitaria non convenzionata è previsto un Rimborso del 50%;
- In caso di prestazioni erogate presso una struttura del SSN o presso strutture convenzionate con il SSN è previsto il Rimborso del 100% dei ticket sanitari

Prestazioni extraospedaliere

6) ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

Mutua Nazionale provvede a rimborsare, nei limiti del Massimale pari a € 2.500,00 le spese sostenute per le seguenti prestazioni di Alta Diagnostica strumentale e Terapie:

A) Alta Diagnostica strumentale:

- Angiografia
- Cistografia o Cistoscopia
- Coronarografia
- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler vascolare
- Elettroencefalogramma
- Esofagogastroduodenoscopia
- Isterosalpingografia
- Mammografia
- Mammotome (agobiopsia mammaria stereotassica)
- Mielografia
- Pancolonscopia
- Risonanza magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo
- Tomografia assiale computerizzata (TAC)
- Tomografia ad emissione di Positroni (PET)
- Urografia

B) Terapie:

- Dialisi
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Laserterapia

L'elenco di cui sopra è da considerarsi esaustivo, sono pertanto escluse le prestazioni non presenti. Sono altresì escluse le prestazioni con finalità di diagnosi o di erogazione di prestazioni odontoiatriche.

Condizioni:

In caso di prestazioni per Alta Diagnostica e Terapie, nei termini del presente Piano Sanitario, Mutua Nazionale provvederà al Rimborso come segue:

- In caso di prestazioni erogate presso Strutture VIP è previsto il Rimborso del 100%;
- In caso di prestazioni erogate presso strutture convenzionate (solo in forma diretta) è previsto il Rimborso dell'80%; per ogni prestazione o ciclo di terapia la quota che rimane a carico del Socio è pari a € 50,00
- In caso di prestazioni erogate da una struttura pubblica tramite il SSN, è previsto il Rimborso del ticket del 100%.

In caso di richiesta di Rimborso di spese mediche in forma indiretta, è necessario presentare, unitamente alla richiesta, il modulo di accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria. In assenza, se la Struttura non ha applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua Nazionale il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua Nazionale e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della Convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico del Socio stesso. Inoltre, è previsto in questo caso il Rimborso delle spese come previsto in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

7) VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Mutua Nazionale provvede a rimborsare nei limiti del Massimale pari ad € 1.000,00 le spese sostenute per Visite Specialistiche ed Accertamenti diagnostici (diversi da quelli di cui al precedente art. 6).

Condizioni:

In caso di Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici, nei termini del presente piano sanitario, Mutua Nazionale provvederà al Rimborso come segue:

- In caso di prestazioni erogate presso strutture VIP è previsto il Rimborso del 100%;
- In caso di prestazioni erogate presso strutture convenzionate (forma diretta e indiretta) è previsto il Rimborso all'80%; per ogni prestazione o ciclo di terapia la quota che rimane a carico del Socio è pari ad € 50,00;
- In caso di prestazioni erogate da una struttura pubblica tramite il SSN, è previsto il Rimborso del ticket del 100%.

Sono escluse le prestazioni con finalità di diagnosi o di erogazione di prestazioni odontoiatriche.

In caso di richiesta di Rimborso di spese mediche in forma indiretta, è necessario presentare, unitamente alla richiesta, il modulo di accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria. In assenza, se la Struttura non ha applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua Nazionale il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua Nazionale e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della Convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico del Socio stesso. Inoltre, è previsto in questo caso il Rimborso delle spese come previsto in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Long Term care

8) LONG TERM CARE (LTC) – Garanzia valida esclusivamente per l'Associato Titolare del Sussidio

La presente garanzia non è cumulabile con le altre previste dal presente Sussidio.

Si attiva all'insorgenza, nel corso di validità del presente Piano Sanitario, di eventi impreveduti e invalidanti del Socio, conseguenti ad Infortunio o Malattia anch'essi insorti durante la validità del presente Piano Sanitario e tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale il Socio non può svolgere autonomamente le elementari attività della vita quotidiana.

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (8.1. e Allegato 2 Tabella dei Punteggi) ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana verrà assegnato un punteggio da 0 a 10 da parte di un Comitato Medico legale nominato da Mutua Nazionale.

Il Comitato Medico legale, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la documentazione ricevuta entro e non oltre un mese dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

Mutua Nazionale avrà diritto a richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento medico legale evidenzii il recupero dello stato di autosufficienza comunicherà al Socio la sospensione o la revoca delle prestazioni.

Il venir meno dello stato di non autosufficienza o il decesso del Socio deve essere prontamente comunicato a Mutua Nazionale dai familiari del Socio. Tutti gli importi eventualmente percepiti

dopo il decesso o a seguito del venir meno dello stato di non autosufficienza dovranno essere restituiti a Mutua Nazionale.

In caso di rifiuto da parte del Socio a sottoporsi ad un controllo medico o alla presentazione di documentazione medica richiesta, sarà revocata l'erogazione delle prestazioni dal giorno della richiesta di controllo o della documentazione da parte di Mutua Nazionale.

8.1. Definizione dello stato di non autosufficienza

È definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace, tendenzialmente in modo permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni, di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

- lavarsi (farsi il bagno o la doccia);
- vestirsi e svestirsi;
- igiene personale (utilizzare la toeletta, lavarsi);
- mobilità;
- continenza;
- alimentazione (bere e mangiare).

Per ognuna di queste attività la Mutua Nazionale, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico legale, accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio secondo la tabella di valutazione Punteggi (Allegato 3 "Tabella dei Punteggi"). Lo stato di non autosufficienza è riconosciuto qualora la somma dei punteggi sia uguale o superiore a 40 punti. L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al Rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute sia nella Forma Diretta che Indiretta o presso SSN e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza, quali:

- Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio Sanitario, Infermiere)
- Contributo RSA (in sostituzione dell'Assistenza domiciliare)
- Fisioterapie (anche domiciliari)
- Spese per Farmaci
- Spese per adeguamento dell'immobile
- Sostegno psicologico

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite da Mutua Nazionale, permanendo lo stato di non autosufficienza, entro un limite massimo di € 200,00 per singolo mese di riferimento e per nucleo

e per un periodo massimo di 24 mesi o per il minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno, per qualsivoglia motivo, lo stato di non autosufficienza ovvero la qualifica di Socio.

8.2. Modalità di attivazione della garanzia in forma diretta

Il Socio, una volta accertato lo stato di non autosufficienza da parte del Comitato Medico legale, sulla base del punteggio raggiunto, potrà richiedere in forma diretta l'erogazione delle prestazioni sanitarie e di assistenza domiciliare, quali ad esempio bandante, infermiere o fisioterapista, riconducibili e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza, nei limiti del Massimale di cui al punto 8.1., previa espressa autorizzazione alla Presa in Carico (PIC) da parte della Centrale Salute. Le prestazioni devono essere strettamente collegate allo stato di non autosufficienza.

Prevenzione

9) PREVENZIONE

9.1) Mutua Nazionale mette a disposizione del Socio Titolare o, in caso di formula nucleo, di un componente del Nucleo familiare, gratuitamente e una volta l'anno, il seguente pacchetto di prevenzione:

- ✓ Prima Visita odontoiatrica e Seduta di Igiene Dentale

da effettuarsi presso l'Health Point Medical Care di Formello.

Il pacchetto sarà usufruibile previa prenotazione, contattando l'Health Point Medical Care al numero 06.90198035 e previa autorizzazione della Centrale Salute (forma diretta).

Solo nel caso in cui la provincia di residenza del Socio Titolare non sia Roma (o provincia), in alternativa al pacchetto sopra menzionato, Mutua Nazionale mette a disposizione del Socio Titolare o, in caso di formula nucleo, di un componente del Nucleo familiare, una volta l'anno e gratuitamente, una TELEVISITA di prevenzione a scelta tra *Consulenza Psicologica* o *Consulenza Nutrizionale*.

La Televisita è effettuabile esclusivamente per il tramite dell'Health Point, contattando la segreteria dell'Health Point Medical Care al numero 06.56556371 per la prenotazione e previa autorizzazione della Centrale Salute (forma diretta).

Per tutte le ulteriori informazioni si rinvia al sito <http://www.healthpointitalia.com>

13.2) L'Associato riceverà, inoltre, un integratore al collagene con possibilità di riacquisto con uno sconto del 10%.

SERVIZI CENTRALE SALUTE

10) SERVIZI CENTRALE SALUTE

Accesso al Network di Strutture Sanitarie Convenzionate

L'Associato, in seguito alla sottoscrizione del presente Sussidio, ha diritto ad usufruire dell'intero Network di Centri Sanitari Convenzionati con Mutua Nazionale per il tramite della Centrale Salute.

L'accesso al Network delle strutture sanitarie Convenzionate permette di beneficiare di una scontistica per le prestazioni erogate dalle strutture medesime con l'applicazione di un decremento che ammonta dal 10% al 35% del normale prezzo praticato dalla struttura stessa. L'Associato potrà beneficiare delle prestazioni erogate dal Centro sanitario al prezzo agevolato.

Allegato 1 "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici"

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
- Sostituzione valvolare multipla
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari

Chirurgia Toracica

- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi sul mediastino per tumori
- Asportazione totale del timo
- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio

ALLEGATO 2 “TABELLA DEI PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA”

Lavarsi

1° grado

l'Associato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno:
punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno:
punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado

l'Associato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo:
punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo:
punteggio 10

Igiene personale

1° grado

l'Associato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per almeno 1 o al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività:
punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività:
punteggio 10

Mobilità

1° grado

l'Associato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici, come ad esempio la sedia a rotelle o le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto:

punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:
punteggio 10

Continenza

1° grado

l'Associato è completamente continente:
punteggio 0

2° grado

l'Associato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:
punteggio 5

3° grado

l'Associato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia:

punteggio 10

Alimentazione

1° grado

l'Associato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:

- sminuzzare/tagliare i cibi;
- sbucciare la frutta;
- aprire contenitore/una scatola;
- versare bevande nel bicchiere:

punteggio 5

3° grado

l'Associato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale:

punteggio 10.