

NOMENCLATORE DEL PIANO SANITARIO

PREVISALUTE

Fondo Sanitario Aperto

PIANO SANITARIO SALUTE 4U *Banca di Imola S.p.A.*

Aderente alla Convenzione n° 100581

Opzione XL

PREVISALUTE

Fondo Sanitario Aperto

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - C.F.: 94150010265

PREMESSA

Questo nomenclatore ha l'obiettivo di fornire agli iscritti alla Mutua un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni previste dal Piano Sanitario.

Le prestazioni offerte dalla Mutua PREVISALUTE sono coperte e garantite attraverso una copertura assicurativa con **RBM ASSICURAZIONE SALUTE**, primaria compagnia specializzata nel settore salute, presente sul mercato italiano.

I servizi di supporto sono erogati da **PREVIMEDICAL**, società di servizi specializzata nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con Previmedical è disponibile sul sito: www.previsalute.it.

INDICE

❖ DEFINIZIONI	pag. 4
❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA	pag. 9
❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO	pag. 17
❖ SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL	pag. 23
❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	pag. 26
❖ Allegato I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	pag. 30
❖ Allegato II SCHEDE RIASSUNTIVE	pag. 32
❖ Allegato III GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	pag. 34
❖ Allegato IV MODULO DI RIMBORSO	pag. 36

❖ DEFINIZIONI (in ordine alfabetico)

Aborto spontaneo: interruzione della gravidanza indipendente dalla volontà della madre per cause genetiche, cromosomiche, immunologiche, traumatiche, anomalie uterine, cause materne generali quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo patologie, diabete, ipertensione.

Aborto terapeutico: interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

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

Assistito: il Titolare del Piano Sanitario, ovvero l'Assicurato.

I componenti del Nucleo Familiare del Titolare del Piano Sanitario aderenti al Piano stesso.

Le persone sopra indicate sono quindi beneficiari delle prestazioni garantite con il Piano Sanitario Previsalute.

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centrale Operativa: la struttura di Previmedical Spa che è composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Titolari, a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi in regime rimborsuale e di assistenza diretta.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Chirurgia bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente: PREVISALUTE FONDO SANITARIO APERTO – soggetto avente finalità assistenziale, ed abilitato ad assumere la contraenza del programma sanitario anche ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. ex-art.15, comma 1, lett. i-bis del TUIR 917/86.

Contributo: la somma dovuta dall'Assistito alla Contraente.

Convenzione: la disciplina che regola i rapporti tra la Contraente, l'Associato e la Società.

Day Hospital/Day Surgery: la degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura/Struttura Sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni

chirurgiche (day surgery) eseguite dai medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica). Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).

Evento/Data Evento:

Prestazioni Ospedaliere - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie)

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

Prestazioni Extraospedaliere - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

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

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Grande Intervento: gli interventi chirurgici elencati nell'Allegato I.

Indennità sostitutiva: importo forfettario giornaliero che la Società eroga nel caso di ricovero del Titolare in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricevute in quanto a totale carico del SSN.

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

Intervento ambulatoriale: Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

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

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una Struttura Sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di "Day Hospital" o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della Struttura Sanitaria. Le suddette prestazioni libero professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) sia 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: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

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

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Malattia terminale: malattia o prognosi infausta per la sopravvivenza dell'Assistito che comporta la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente o a svolgere le comuni attività quotidiane quali: camminare, lavarsi, vestirsi, mangiare, alzarsi dal letto/mettersi a letto).

Malformazione/Difetto fisico pregresso: alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipula del Piano Sanitario (o dell'ingresso in garanzia).

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Medicina Alternativa o Complementare: 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.

Modalità d'indennizzo

In Network: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria ed al medico convenzionati;

Fuori Network: Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento;

Forma Mista: Pagamento parte In Network (indennizzo diretto alla struttura e/o medico convenzionato) parte Fuori Network (rimborso delle spese da effettuarsi dopo il ricevimento della documentazione per la parte di prestazione eseguita da struttura e/o medico non convenzionato).

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.previsalute.it.

Nucleo Familiare: il Titolare del Piano Sanitario, il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente ai sensi della L 20 maggio 2016 n. 76 ss.mm, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati purché fiscalmente a carico.

Optometrista: professionista sanitario, non medico, laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi e/o soggettivi strumentali lo stato refrattivo del soggetto, al fine di determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica al soggetto.

Patologia in atto / Patologia preesistente: malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione.

Piano Sanitario/ Opzioni: i documenti che definiscono le modalità e le garanzie prescelte dal Titolare.

Protesi acustica (Apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.

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

Ricovero: permanenza in Istituto di cura con pernottamento o in Day Hospital / Day Surgery.

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 Società in caso di sinistro.

Robot: manipolatore multifunzionale riprogrammabile, progettato per muovere strumenti chirurgici, dispositivi specialistici, materiali o parti anatomiche, sotto il diretto controllo del chirurgo operatore, per l'esecuzione di interventi micro chirurgici o di chirurgia mini invasiva.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale opera il Piano Sanitario.

Società: la Società assicuratrice RBM Assicurazione Salute S.p.A., in cui la Contraente ha allocato il proprio rischio.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Strutture Sanitarie:

1) Strutture Sanitarie Private/Medici:

a) convenzionate con Previmedical: Strutture e Medici presso le quali gli Assistiti possono usufruire dell'Assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente dalla Società tramite Previmedical alla Struttura Convenzionata e/o Medico Convenzionato) per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute per gli eventi garantiti dal Piano Sanitario.

b) forma mista: Strutture e/o Medico/i presso le quali il pagamento avviene in parte In Network (indennizzo pagato direttamente dalla Società tramite la Centrale Operativa alla Struttura e/o Medico Convenzionato), parte Fuori Network (verrà effettuato il rimborso delle spese sostenute dall'Assistito dopo il ricevimento, da parte della Centrale Operativa, della documentazione relativa alla prestazione eseguita da Strutture e/o Medico non Convenzionato).

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:

a) prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.: Strutture presso le quali gli Assistiti beneficiano delle prestazioni sanitarie pubbliche;

b) prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie convenzionate con Previmedical;

c) prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie non convenzionate con Previmedical.

3) Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

Strutture Sanitarie Private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie non in forma pubblica, bensì in regime privatistico.

4) Strutture Sanitarie Private/Medici NON convenzionate con Previmedical.

Sub-massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CGA, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie. 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.

Termini di aspettativa: il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto del Piano Sanitario e l'inizio della garanzia.

Titolare: il soggetto aderente a PreviSalute che, nella sua qualità di Associato, è Titolare del Piano Sanitario.

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 di polizza, 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.

Visita Specialistica: visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione 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 e Pediatria.

❖ **ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA**

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A - RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI (ALLEGATO I), RICOVERI CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY SURGERY/DAY HOSPITAL, INTERVENTO AMBULATORIALE

Prima del Ricovero

visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché dette prestazioni siano inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico ed effettuate nei giorni precedenti il Ricovero.

Durante il Ricovero

accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica; terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali; onorari dell'équipe che effettua l'intervento chirurgico; materiale di intervento (comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito), diritti di sala operatoria; rette di degenza.

Si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di uno scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo.

Le spese sostenute per l'utilizzo di Robot verranno riconosciute entro il relativo sub-massimale.

Dopo il Ricovero

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata;
- assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza dell'Assistito in conseguenza di intervento chirurgico, infortunio, ictus cerebrale o infarto cardiaco;
- le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da infortunio, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco, dall'intervento chirurgico. Nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare;
- trattamenti di malattie oncologiche.

A.1 PARTO CESAREO

Si intende compreso in garanzia il parto cesareo nei termini di cui alla lettera A) del presente articolo nel caso in cui l'evento sia determinato da urgenza o comprovato da motivi di salute debitamente certificati da medico curante.

Le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocèle, ernia ombelicale, ecc.) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto Cesareo stesso.

A.2 ABORTO TERAPEUTICO O SPONTANEO O POST-TRAUMATICO

Sono rimborsabili le sole spese del Ricovero indicate nella sezione "Durante il Ricovero" di cui alla lettera A) del presente articolo, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al Ricovero.

A.3 PARTO NON CESAREO ANCHE DOMICILIARE

Sono rimborsabili le sole spese del Ricovero indicate nella sezione “Durante il Ricovero” di cui alla lettera A) del presente articolo, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al Ricovero.
In caso di parto non-cesareo domiciliare sono rimborsabili le spese ostetriche ed infermieristiche.

B - CASI PARTICOLARI

La Società rimborsa nei limiti previsti dall’Allegato II le spese sostenute in relazione alle prestazioni sotto descritte.

B.1 TRAPIANTI DI ORGANI

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all’Assistito quale ricevente dell’organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell’Assistito che da parte di terzi.

B.2 RICOVERI PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

I ricoveri per trattamenti fisioterapici a seguito di intervento chirurgico sono riconosciuti una volta all’anno fino ad un massimo di **7 giorni**.

B.3 RICOVERO DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

Sono riconosciute le spese per l’assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture sanitarie all’uopo costituite e legalmente riconosciute.

C - PRESTAZIONI ACCESSORIE

La Società rimborsa nei limiti previsti dalla Scheda riassuntiva (vedi Allegato II) le spese sostenute in relazione alle prestazioni sotto descritte.

C.1 TRASPORTO MALATO

Sono riconosciute le spese per il trasporto dell’Assistito presso un Istituto di cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all’estero.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Qualora il Ricovero avvenga all’estero (mentre l’Assistito è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell’intervento o per l’alta specializzazione richiesta dallo stesso), sono comprese anche le spese di viaggio in treno o aereo di linea, sostenute da un accompagnatore.

C.2 ACCOMPAGNATORE

Sono riconosciute le spese per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell’Assistito, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).

Qualora la Struttura Sanitaria non sia attrezzata ad ospitare l'accompagnatore, il rimborso riguarda le sole spese di pernottamento in albergo.

C.3 RIMPATRIO SALMA

La Società rimborsa le spese per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero in conseguenza di Ricovero indennizzabile a termini della presente Convenzione.

D - INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Qualora le spese di Ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde – in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte alle lettere A), B) e C) del presente articolo – un'indennità per ciascun pernottamento in istituto di cura, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio o del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

In caso di Day Hospital/Day Surgery la diaria viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di Ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Relativamente alle garanzie sopra descritte alle lettere A) B) C) D) del presente articolo, si precisa inoltre quanto segue:

- le spese relative a Ricovero Improprio non potranno essere riconosciute nella garanzia Ricovero e pertanto non sono indennizzabili a termini di Piano Sanitario come previsto al punto 23 delle Esclusioni”;
- gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio, sono esclusi sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale;
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - a) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso sono compresi nel sub-massimale o plafond presente nel Piano Sanitario, ove previsti;
 - b) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

E- NEONATI

L'Assicurazione si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare (Nucleo 2 persone o Nucleo Familiare + 2 persone). Qualora il contributo corrisposto sia per il nucleo familiare di due persone, l'anno successivo al rinnovo dovrà essere corrisposto un contributo per nucleo per più di due persone; qualora invece sia già stato corrisposto un contributo per nucleo per più di due persone al rinnovo il contributo rimarrà invariato.

La comunicazione alla Contraente (che informerà tempestivamente la Società) dovrà essere effettuata entro 30 giorni dalla nascita purché sia successiva al Termine di aspettativa della mamma. Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita e a decorrere dal termine dell'eventuale residuo Termine di aspettativa della mamma ed entro il limite massimo di € 30.000.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

F - ACCERTAMENTI DI MEDICINA PREVENTIVA

L'Assistito **può attivare a sua scelta una volta all'anno solo uno (1) dei sette (7) pacchetti di prevenzione sotto indicati, a condizione che siano trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto precedentemente prescelto.**

Gli accertamenti saranno erogati anche in assenza di prescrizione del medico curante o di un medico specialista.

F.1 PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste volte a monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo;
- Glicemia;
- Creatininemia;
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT);
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT);
- Esame delle urine;
- Elettrocardiogramma di base;
- Trigliceridi;
- Misurazione della pressione arteriosa.

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assistito di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>).

Cosa occorre fare prima di compilare il questionario

Il questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.

Nella prima pagina del questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

F.2 PREVENZIONE ONCOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni);
- PSA (Antigene prostatico specifico);
- PSA (Antigene prostatico specifico libero);
- Alfa Feto Proteina.

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

- PAP-Test;
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario).

F.3 PREVENZIONE PEDIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione pediatrica prevede una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi;
- 1 visita ai 4 anni;
- 1 visita ai 6 anni.

F.4 PREVENZIONE OCULISTICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione oculistica prevede le seguenti prestazioni:

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale);
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari;
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche;
- la misurazione del tono oculare;
- la misurazione del visus;

F.5 PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione delle vie respiratorie prevede le seguenti prestazioni:

- spirometria;
- visita pneumologica.

F.6 PREVENZIONE DERMATOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione dermatologica, volto a controllare le lesioni neviche e verificare che non ce ne siano di sospette, prevede le seguenti prestazioni:

- visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia.

F.7 PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione otorinolaringoiatrica prevede le seguenti prestazioni:

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico.

G - PROTESI ANATOMICHE ED APPARECCHI ACUSTICI

La Società rimborsa le spese sostenute per:

- l'acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche;
- l'acquisto di amplificatori acustici;
- il noleggio di apparecchiature per emodialisi;
- l'acquisto o il noleggio di erogatori portatili di ossigeno per la terapia di malattie bronco polmonari.

H - ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa inoltre le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dell'Istituto di cura.

1) Alta Diagnostica

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- Risonanza magnetica nucleare;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);
- Medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.);
- Coronarografia;
- Ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.);
- Elettrocardiogramma sotto sforzo;
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale);
- Esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Retto-Colonscopia, Broncoscopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) anche se comprendenti biopsia;
- Esami Istologici;
- Amniocentesi e Villocentesi (in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età).

2) Diagnostica Strumentale Standard

- Diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.);
- Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli);
- Elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa;
- Elettroencefalografia;
- Elettromiografia;
- Uroflussometria;
- M.O.C. (densitometria ossea).

I - LENTI

La Società rimborsa l'acquisto di lenti correttive di vizi della vista (escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari) clinicamente accertati, mediante prescrizione del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato che certifichi la necessità di nuove lenti, rispetto a quelle in uso dal paziente perché non più efficaci a seguito di avvenuta modificazione della capacità visiva dell'occhio (modifica del visus).

J - VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute e non rientranti fra quelle previste al punto “Alta specializzazione” per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a Malattia o a Infortunio con l’esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un’eventuale patologia.

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l’indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

K. VISITE DI CONTROLLO

RBM Assicurazione Salute garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare, **1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana**, presso i Centri Autorizzati aderenti all’iniziativa (disponibili sul sito www.alwaysalute.it) una visita specialistica in qualsiasi specializzazione in modo completamente gratuito, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).

La garanzia potrà essere usufruita, per ciascun mese, da un solo componente del nucleo familiare assicurato.

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

La prestazione è garantita **anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

L. PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l’Assistito dovrà compilare il questionario accedendo ad “AREASOCIO” tramite username e password dal sito www.previsalute.it.

L’applicazione disponibile sul sito darà esito immediato del questionario:

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

In quest’ultimo caso la Centrale Operativa provvederà all’organizzazione, su richiesta dell’Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in regime di assistenza diretta da effettuarsi nell’ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all’Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- glicemia;
- trigliceridi;

Cosa occorre fare prima di compilare il questionario

Il questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.

Nella prima pagina del questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO

PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO

L'assicurazione s'intende valida a favore degli aderenti alla Contraente, che in qualità di Associati, sono Titolari del Piano Sanitario, nonché dei componenti dei rispettivi Nuclei Familiari (vedi definizione nucleo presente nel glossario) aderenti al Piano Sanitario, mediante versamento del relativo contributo.

Fatti salvi i Termini di aspettativa le garanzie sono operanti:

- a) dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo al mese di adesione al Piano Sanitario;
- b) dalla nascita, per i figli legittimi purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Per questi, a parziale deroga del punto "Termini di aspettativa", si conviene fra le Parti che i figli legittimi nati nel periodo intercorrente tra la data di adesione e l'inizio dell'efficacia delle prestazioni sono soggetti, per le malattie, all'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma.

CONTRIBUTO

Il contributo dovrà essere versato dal Titolare del Piano Sanitario alla Contraente mediante addebito automatico sul conto corrente della Contraente (modalità SDD). Il contributo dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato, oppure mediante pagamento mensile. Pertanto, il contributo dovrà essere corrisposto prima o durante la decorrenza della copertura.

INCLUSIONE DI NUOVI FAMILIARI IN CORSO D'ANNO

L'inclusione di familiari in corso d'anno, in un momento successivo alla decorrenza del Piano Sanitario, non è consentita ad eccezione di quanto previsto al punto E "Neonati", purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Nel caso di variazione della composizione del Nucleo Familiare assistito (matrimonio, ecc.), il Piano Sanitario si intende automaticamente operante, con adeguamento del contributo nel caso ci sia un passaggio da single a nucleo, nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01.01 successivo alla variazione, previa comunicazione alla Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità assicurativa del periodo di copertura.

CESSAZIONE DELLA QUALIFICA DI "ASSISTITO" NEL CORSO DEL PERIODO DI COPERTURA

Si conviene fra le Parti che l'assicurazione mantiene la sua validità fino al termine dell'annualità assicurativa o periodo di copertura in corso, anche:

- per le persone che raggiungano l'ottantesimo anno d'età in corso di copertura, secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";
- per perdita dei requisiti nel caso di familiari del Nucleo Familiare;
- se vi sia la sopravvenienza in corso di contratto di malattie ed infortuni derivanti da alcolismo, tossicodipendenza o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";

Nei casi sopra citati, nel caso in cui il nucleo si riduca, nell'annualità successiva ci sarà un adeguamento del contributo nel passaggio da nucleo a single.

CAMBIO DI PIANO SANITARIO

E' possibile aderire ad un Piano Sanitario diverso rispetto a quello sottoscritto, esclusivamente alla scadenza del periodo di copertura, previa comunicazione alla Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità assicurativa del periodo di copertura.

Nel caso di cambio del Piano Sanitario prescelto, valgono i termini di aspettativa come indicato al punto "Termini di aspettativa" solo per le nuove garanzie e le maggiori somme assicurate.

EFFETTO E DURATA DELLA COPERTURA

La copertura decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione, salvo buon fine (SBF) dell'incasso del contributo o della prima rata di contributo; si precisa che il pagamento delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l'Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

Se la Contraente non paga il contributo annuale o la prima rata mensile, la copertura resta sospesa dalle ore 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Per le rate successive alla prima è concesso un termine di mora di 30 giorni trascorsi i quali la copertura resta sospesa e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno del pagamento del contributo e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite dal contratto.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra, la Contraente ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione, fermo il diritto al contributo scaduto nonché di richiederne l'esecuzione.

Il contributo è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Il versamento del contributo o della prima rata di contributo dovrà essere effettuato entro il primo giorno del mese successivo all'adesione al Piano Sanitario. In caso di pagamento mensile, i versamenti delle rate successive di contributo dovranno essere effettuati entro la prima decade di ciascun mese per l'intera durata del contratto.

I Piani Sanitari avranno scadenza all'01/01 dell'anno successivo all'anno di adesione e così di seguito.

Il primo anno di copertura è sempre inteso con decorrenza dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione e scadenza alle ore 00 dell'01/01 dell'anno successivo all'adesione.

Il contributo dovuto alla decorrenza per il primo anno di copertura verrà calcolato considerando i mesi di effettiva copertura a conclusione della prima ricorrenza annuale.

RIDUZIONE CONTRIBUTO

L'assistito con la sottoscrizione del Piano Sanitario riceve in dotazione un tracker che, attraverso il monitoraggio continuativo per almeno sei mesi ed entro i parametri previsti per il raggiungimento degli obiettivi (valutati sulla base della raccolta dati del dispositivo), da diritto all'applicazione di un'ulteriore riduzione del 5% del contributo sull'annualità successiva, ripetibile su base annua e così suddivisa:

- a) riduzione del 2% che viene acquisita ogni anno sulla tariffa ordinaria dopo i primi 6 mesi di monitoraggio;
- b) ulteriore riduzione del 3% in caso di raggiungimento su base annuale dei parametri previsti.

Nel secondo quinquennio, in caso di monitoraggio continuativo da parte dell'assistito del proprio stato di salute (che corrisponda ad una acquisizione in ciascuna annualità almeno del 2%) il 3% legato al raggiungimento degli obiettivi viene incrementato ad un 5% (per un totale annuo di scontistica del 7%).

Il meccanismo trova applicazione anche dal terzo quinquennio in poi con un innalzamento dello sconto per obiettivi al 7% (per un totale annuo del 9%).

Qualora dal secondo quinquennio in poi l'assistito interrompa anche per una sola annualità la continuità di monitoraggio, il suo sconto per il raggiungimento degli obiettivi sarà riportato indietro alla classe del quinquennio precedente.

INFLAZIONE MEDICA

A partire dal 2018 il contributo potrà essere soggetto ad "adeguamento automatico" in base all'inflazione medica dell'anno precedente.

TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, gli accertamenti di medicina preventiva (Garanzia F), le visite di controllo (Garanzia K), la prevenzione della sindrome metabolica (Garanzia L) e per le cure dentarie (Garanzia M) dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia, dal **30°** giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia, dal **150°** giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal **300° giorno successivo** al momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per l'aborto terapeutico o spontaneo post-traumatico, la garanzia è operante – dal momento in cui ha effetto l'assicurazione – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dall'assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza del Piano Sanitario. Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

- per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), **rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**

TACITO RINNOVO

In mancanza di disdetta, che deve essere comunicata tramite raccomandata A/R almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del Piano Sanitario, la copertura è prorogata per un anno e così successivamente.

LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 70 anni. Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età il Piano Sanitario potrà essere rinnovato fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'assistito raggiunge l'80° anno di età. In caso di disdetta del Piano Sanitario dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità del Piano Sanitario, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile. È 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 dalle esclusioni.

ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

ALTRE COPERTURE/ASSICURAZIONI

La Contraente/Assistito deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, la Contraente/Assistito deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'assistito con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Fatto salvo il diritto di regresso della Società.

CONTROVERSIE: MEDIAZIONE

Per la risoluzione delle controversie relative alle prestazioni garantite dal piano sottoscritto o comunque ad esso connesse comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione le Parti devono esperire obbligatoriamente un tentativo di mediazione, che deve cioè essere attivato prima dell'instaurazione dell'eventuale causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Il Titolare dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. L'Organismo deve aver sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

Il Titolare dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di RBM Assicurazione Salute S.p.A., Ufficio Reclami, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

Avvertenza: qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO – PRESTAZIONI MEDICHE

Esclusioni

L'assicurazione non comprende le spese per:

1. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
2. gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
3. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: partecipazione a corse/gare comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura), sport aerei, 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, mountain bike e "downhill";
4. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di

- terrorismo;
6. 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;
 7. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
 8. ricoveri in lungodegenza;
 9. le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
 10. interruzione volontaria della gravidanza;
 11. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio) e fitoterapiche;
 12. le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale), salvo quanto previsto alla garanzia "Cure Dentarie";
 13. l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia entro il primo anno di età secondo quanto previsto al punto E "Neonati";
 14. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi del Piano Sanitario;
 15. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
 16. 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;
 17. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
 18. 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;
 19. 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";
 20. cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
 21. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
 22. 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;
 23. Ricoveri impropri;
 24. le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
 25. l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto diversamente previsto dal punto. G "Protesi anatomiche ed apparecchi acustici";
 26. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni, gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
 27. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
 28. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
 29. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
 30. le conseguenze dirette di Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della garanzia, ad eccezione di quanto previsto al punto "Patologie pregresse" nel caso di rinnovo dei contratti per più di

cinque anni;

31. gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza del Piano Sanitario nonché le relative conseguenze e complicanze.

❖ SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

La presente copertura ha durata annuale, rinnovabile di anno in anno e garantisce il rimborso delle spese

I. Garanzie aggiuntive

Inoltre il presente Piano Sanitario offre le seguenti garanzie:

1. TRASPORTO SANITARIO, TRASFERIMENTO SANITARIO E RIENTRO SANITARIO

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che, nell'ambito di quanto previsto nelle garanzie ricoveri, il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa.

In tal caso La Compagnia garantisce la liquidazione dei costi del trasporto sino a un massimo di 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il semplice rientro al domicilio, ove l'assistito si trovi ad almeno 50 km dallo stesso.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

2. ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Qualora in seguito a ricovero per infortunio o malattia l'Assistito necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, potrà chiedere che, nell'ambito di quanto previsto nelle garanzie ricoveri, la prestazione venga fornita in forma diretta, con gestione della stessa da parte della Centrale Operativa.

II. Servizi aggiuntivi

Inoltre gli assistiti con il presente Piano Sanitario potranno beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

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

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assistito per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

3. GESTIONE APPUNTAMENTO

Qualora l'Assistito necessita di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assistito, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

4. CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante e nessuno possa andare per lui, la Società, dopo aver ritirato presso l'Assistito la documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assistito ed al medico da lui indicato.

Il costo degli accertamenti sostenuti resta a carico dell'Assistito.

5. INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito necessita di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Società, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti.

A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

6. SECOND OPINION

L'Assistito, 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 presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

7. Servizio Card (RBM Salute-Previmedical)

Per **TUTTI** gli Assistiti verrà resa disponibile la **NUOVA card elettronica RBM Salute-Previmedical** nominativa, **scaricabile attraverso la APP RBM.**

Qualora l'Assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata con RBM Salute-Previmedical senza accedere con pagamento diretto, potrà farlo esclusivamente per le prestazioni sanitarie non previste dall'opzione prescelta (vedi "Scheda riassuntiva") oppure non rimborsabili ai sensi del Piano Sanitario per esaurimento dei relativi massimali. In questo caso, al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical, dovrà identificarsi in fase di accesso alla struttura mostrando la card RBM Salute-Previmedical.

Si ricorda che le tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical titolari della card RBM Salute-Previmedical sono meno vantaggiose del tariffario applicato con pagamento diretto.

❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicato nella sezione "GUIDA AI SERVIZI PREVIMEDICAL".

Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dalla Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Fondi o Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità del Piano Sanitario, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'assistito;
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assistito è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA).

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assistito è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assistito è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Si precisa che il termine di prescrizione dei diritti relativi al presente Piano Sanitario è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

La modalità d'indennizzo potrà avvenire attraverso tre forme diverse: forma diretta, forma indiretta e forma mista.

Si precisa che qualora l'assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata e/o un medico convenzionato e/o un odontoiatra convenzionato (se previste le cure dentarie) ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.

Pagamento in forma indiretta – Rimborso all'Assistito

In caso di utilizzo di strutture e/o équipe non in Network, il rimborso delle spese mediche sostenute viene effettuato, a cura ultimata, a seguito della presentazione in fotocopia delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché di:

- 1) Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere; saranno accettate anche le ricette elettroniche che andranno a sostituire la classica «ricetta rossa»;
- 3) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- 4) referto del Pronto Soccorso, in caso di Infortunio. In caso di cure dentarie da Infortunio (se previste dal Piano Sanitario) le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);
- 5) certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dal Piano Sanitario), intendendosi comunque escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari. Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Le prestazioni suddette devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Inoltre l'Assistito, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Pagamento in forma diretta

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

Quanto detto sopra vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta in Strutture Convenzionate con il Network Previmedical, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 giorni per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. L'Assistito dovrà quindi attivarsi con adeguato anticipo per consentire alla Centrale Operativa di dare la risposta entro i suddetti termini.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa con un preavviso inferiore a quelli sopra elencati, la Centrale Operativa garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta (purché pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento) senza garantire i termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

Si precisa che, ferma la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa in caso di ricovero / Day Hospital con o senza intervento ed intervento ambulatoriale, la prenotazione presso le Strutture Ospedaliere dovrà essere effettuata unicamente della Centrale Operativa.

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di copertura secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti dal Piano Sanitario nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

L'elenco delle strutture convenzionate con Previmedical, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.previsalute.it.

Pagamento in forma mista

In caso di utilizzo di strutture o équipe medica non convenzionate con Previmedical Spa in regime di assistenza "mista" (per esempio pagamento diretto alla struttura convenzionata e pagamento a rimborso per le spese dell'équipe medica non convenzionata), la Centrale Operativa stessa comunicherà la presa in carico dei costi esclusivamente per la parte in convenzione, mentre il costo delle strutture/équipe medica non convenzionate sarà sostenuto direttamente dall'Assistito, il quale potrà richiederne il rimborso secondo quanto previsto dalle condizioni del Piano Sanitario.

L'Assistito dovrà produrre alla Società anche un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata con cui la stessa attesta l'avvenuto pagamento delle prestazioni erogate dall'Equipe non convenzionata.

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di copertura secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti nel Piano Sanitario nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

L'elenco delle strutture convenzionate Previmedical, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.previsalute.it.

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicata nell'Allegato IV.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di Ricovero in Istituto di cura in regime di Pagamento in forma diretta qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità del Piano Sanitario o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di cura, se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

❖ Allegato I –GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o 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.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

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.
- Tromboendoarteriectomia 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

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

Chirurgia Generale

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

- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

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.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.

❖ Allegato II- SCHEDE RIASSUNTIVE

OPZIONE XL

Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Nucleo) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE SEZIONE I: (A - B - C - D - E)	
A. RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI (Allegato I), RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL/SURGERY, INTERVENTO AMBULATORIALE Sottolimito per ricoveri con / senza intervento Comprese prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero: Condizioni: - In Network diretto - Fuori Network rimborso - Regime misto: <i>In Network diretto</i> <i>Fuori Network rimborso</i> - Ticket - Materiale di intervento - Limite Robot	Massimale € 260.000 Sottolimito € 10.000 Pre: 90 giorni; Post: 120 giorni (180 in caso di trattamenti malattie oncologiche) Franchigia € 1.500 - in caso di Grandi Int. € 500 Scoperto 35% minimo € 2.500 Franchigia € 1.500 - in caso di Grandi Int. € 500 Scoperto 35% minimo € 2.500 15% Scoperto 30% € 3.000 per evento
A.1 PARTO CESAREO Condizioni: (comprese prestazioni prima /dopo Ricovero)	Sottolimito Ricovero € 5.200 per evento Come Ricovero
A.2 ABORTO TERAPEUTICO O SPONTANEO O POST-TRAUMATICO Condizioni: - In Network diretto - Fuori Network rimborso - Ticket (sono escluse prestazioni prima/dopo Ricovero)	Sottolimito Ricovero € 2.100 per evento 100% Scoperto 35% minimo € 600 100%
A.3 PARTO NON CESAREO ANCHE DOMICILIARE Condizioni: (sono escluse prestazioni prima/dopo Ricovero)	Sottolimito Ricovero € 550 per evento 100%
B. CASI PARTICOLARI:	
B.1 TRAPIANTI Condizioni:	Come Ricovero
B.2 RICOVERO PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI	Come ricovero: una volta all'anno massimo 7 giorni
B.3 RICOVERO DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE	Sottolimito Ricovero € 110 al giorno massimo 60 giorni
C. PRESTAZIONI ACCESSORIE:	
C.1 TRASPORTO MALATO -Trasporto con eliambulanza -Trasporto Estero ed eventuale accompagnatore	Sottolimito Ricovero € 520 elevato a € 2.600 elevato a € 1.600

C.2 ACCOMPAGNATORE	Sottolimito Ricovero 60 al giorno massimo 20 giorni
C.3 RIMPATRIO SALMA	Sottolimito Ricovero € 2.100
D. INDENNITA' SOSTITUTIVA SSN	Sottolimito Ricovero € 130 al giorno massimo 100 giorni
E. Neonati	Entro il primo anno di vita massimo € 30.000
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE SEZIONE I:(F - G - H - I- J-K-L)	
F. ACCERTAMENTI DI MEDICINA PREVENTIVA	Solo in Network Diretto
massimale condizioni	1 a scelta fra 7 check up 100%
G. PROTESI ANATOMICHE ED APPARECCHI ACUSTICI	
massimale condizioni	€ 1.000 100%
H. ALTA SPECIALIZZAZIONE	Da elenco
massimale condizioni ticket	€ 1.000 Scoperto 20% minimo € 50 100%
I. LENTI	
massimale condizioni	€ 100 100%
J. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	
massimale condizioni in network fuori network ticket	€ 1.000 franchigia € 30 per visita Scoperto 20% minimo € 50 100%
K. VISITE DI CONTROLLO	1 visita al mese per nucleo
Massimale: Condizioni:	illimitato In rete presso Centri Autorizzati
L. PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA	Questionario on-line In caso di sindrome metabolica conclamata esami di laboratorio da elenco - Solo in Network Diretto al 100%

❖ **Allegato III – GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE**

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON IL NETWORK PREVIMEDICAL (PAGAMENTO DIRETTO E MISTO)	
PER PRESTAZIONI OSPEDALIERE ED EXTRAOSPEDALIERE (ESCLUSE DENTARIE)	
Fase 1	Il medico di base o lo specialista ti prescrive la prestazione da effettuare.
Fase 2	<p>Prenota la prestazione presso una delle Strutture Convenzionate con il Network Previmedical. L'elenco delle strutture è consultabile sul sito www.previsalute.it.</p> <p>Contatta con un preavviso di 48 ore lavorative la Centrale Operativa per ricevere l'autorizzazione ad effettuare le prestazioni con pagamento diretto ai numeri (24 ore su 24, 365 giorni l'anno):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 800. 99.17.85 da telefono fisso (numero verde); - 199. 28.71.75 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata); - 0039 0422.17.44.235 per chiamate dall'estero. <p>Fornisci alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione; - recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione; - data della prestazione; - struttura convenzionata prescelta; - dati della prescrizione medica: è sufficiente la lettura della prescrizione con indicazione della prestazione da eseguire e della patologia presunta o accertata. <p>Inoltra via fax al n. 0422.17.44.735 o mail all'indirizzo assistenza.previsalute@previmedical.it:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prescrizione medica con indicazione della patologia presunta o accertata solo per ricoveri e/o interventi o per prestazioni extraospedaliere su espressa richiesta della Centrale Operativa - il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, nel caso di infortunio. <p>In alternativa potrai attivare la procedura telematica accedendo alla tua area riservata dal sito www.previsalute.it, avvalendoti delle funzionalità interattive disponibili nella sezione dedicata al pagamento diretto.</p>
Fase 3	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - identifica la struttura convenzionata più idonea in funzione della tipologia di prestazione ospedaliera da eseguire; - in caso di prestazione ospedaliera effettua la prenotazione direttamente alla Struttura Sanitaria dandone conferma all'assistito; - inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a carico dell'assistito.
Fase 4	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - consegna la prescrizione medica; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER OTTENERE IL RIMBORSO IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON IL NETWORK PREVIMEDICAL PER PRESTAZIONI OSPEDALIERE ED EXTRAOSPEDALIERE (ESCLUSE DENTARIE)	
Fase 1	Il medico di base o lo specialista ti prescrive la prestazione da effettuare.
Fase 2	Esegui la prestazione presso una delle Strutture NON Convenzionate con il Network Previmedical saldando in toto le spese per le prestazioni eseguite.
Fase 3	<p>Compila in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allega <i>in fotocopia</i> la seguente documentazione giustificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrizione medica con indicazione della patologia presunta o accertata, predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato - direttamente o indirettamente - la prestazione; qualora il medico sia il medesimo che ha eseguito la prestazione inoltre il relativo referto; - referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, nel caso di infortunio; - cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) in caso di ricovero, anche in Day hospital; - relazione medica in caso di interventi ambulatoriali; - certificato del medico oculista o optometrista attestante la modifica del visus, certificato di conformità rilasciato dall'ottico in caso di acquisto lenti; - ogni altra documentazione necessaria; - fatture, notule e ricevute emesse da Istituto di Cura o da Centro Medico. <p>Invia la documentazione a:</p> <p>PREVISALUTE FONDO SANITARIO APERTO Ufficio liquidazioni presso Previmedical Via Enrico Forlanini, 24 Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV), CF 94150010265</p> <p>In alternativa potrai trasmettere on-line le richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa, accedendo alla tua area riservata dal sito www.previsalute.it;</p>
Fase 4	<p>La Società:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - provvede alla liquidazione della richiesta di rimborso, eccetto eventuali quote a carico dell'assistito.

La presente guida sintetica riassume esclusivamente le principali fasi del processo di attivazione della copertura sanitaria. Per tutte le informazioni di dettaglio si rimanda agli "Oneri in caso di sinistro".

❖ **Allegato IV - MODULO DI RIMBORSO**

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE
(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:
FONDO SANITARIO APERTO PREVISALUTE,
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via Enrico Forlanini n. 24 – Località Borgo Verde – 31022 Preganziol (TV)
Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia*

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Tel _____ Cell _____ (da indicare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA")
E-mail _____ @ _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso/indennizzo:

- Ricovero in istituto di cura
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post)
- Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione
- Prestazioni Extraospedaliere non collegate al ricovero
- Altro (es. protesi, ecc.).....
- Diaria da Ricovero/gessatura.....

Si allegano **IN COPIA** * le seguenti fatture (in caso di fatture relative ad annualità diverse, dovranno essere compilati due o più distinti moduli di rimborso):

	N° Fattura- Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura- Ricevuta	Ulteriore copertura assicurativa (SI/NO)**	Importo															
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				

* La Mutua si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per operare le verifiche che si rendessero necessarie.

