



REGOLAMENTO PIANO MUTUALISTICO PROTEZIONE SALUTE AZIENDA



REGOLAMENTO PIANO MUTUALISTICO PROTEZIONE SALUTE AZIENDA DEFINIZIONI

- Associato:** la persona fisica, associata alla PROTEZIONE MUTUA, il cui interesse è protetto dalla copertura sanitaria, residente e domiciliato in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano.
- Carenza:** il periodo iniziale dalla data di decorrenza della copertura durante il quale le garanzie non sono operanti e pertanto un eventuale rimborso/indennità conseguente a evento intervenuto in tale periodo non è erogabile dalla Protezione Mutua.
- Cartella clinica:** il documento ufficiale redatto durante il Ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery o l'Intervento chirurgico ambulatoriale, contenente le generalità dell'Associato, la diagnosi, l'anamnesi patologica, prossima e remota, le terapie effettuate, gli Interventi chirurgici effettuati, gli esami e il diario clinico, nonché la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).
- Centro medico:** la struttura, anche non adibita al Ricovero, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche e che non sia finalizzata a trattamenti di natura estetica.
- Chirurgia bariatrica:** detta anche "chirurgia dell'obesità", ossia l'insieme degli 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:** la persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Associato, che sottoscrive il sussidio e si impegna al versamento delle quote associative e del Contributo aggiuntivo nei confronti di Protezione Mutua.
- Contributo:** la somma dovuta dal Contraente ad Protezione Mutua per il Sussidio scelto ai sensi del presente Regolamento.
- Day Hospital:** la degenza esclusivamente diurna in Istituto di cura documentata da Cartella clinica. Non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura presso il Pronto Soccorso.
- Day Surgery:** la degenza in Istituto di cura esclusivamente diurna comportante Intervento chirurgico documentata da Cartella clinica.
- Dichiarazione di Buono Stato di Salute o Dichiarazione alla Mutua:** il documento contrattuale, di spontanea dichiarazione alla Mutua, costituente parte integrante della domanda di adesione, che contiene le notizie sanitarie dell'Associato. Il documento deve essere sottoscritto dall'Associato stesso (o da chi ne fa le veci) prima di stipulare la copertura sanitaria.
- Domicilio:** il luogo dove l'Associato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.
- Evento:** il fatto dannoso o l'insorgenza della patologia, per i quali si attiva il sussidio.
- Franchigia:** per le garanzie che prevedono il rimborso delle spese a carico dell'Associato, è la somma determinata in misura fissa, dedotta dal rimborso stesso, che resta a carico dell'Associato. Per le garanzie che prevedono un'indennità giornaliera, corrisponde al numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Associato.
- Grande Intervento Chirurgico:** l'Intervento chirurgico rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici allegato al presente Regolamento.
- Indennizzo:** la somma sostitutiva del rimborso, richiesta in sostituzione dello stesso ad Protezione Mutua al verificarsi di un evento.
- Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili all'Associato.
- Ingressatura:** il mezzo di contenzione costituito da fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di cura o da personale medico e pertanto non amovibile autonomamente dall'Associato. Non generano diritto a indennità o rimborso le contenzioni di singole dita di mani o piedi.
- Intervento chirurgico:** l'atto medico realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo. Non sono altresì considerati Interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsivoglia medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti.
- Intervento ambulatoriale:** l'Intervento chirurgico o terapeutico eseguito senza Ricovero che per la tipologia dell'atto non richieda la permanenza in osservazione nel post-Intervento.
- Ipazia Service Srl:** società, di cui si avvale Protezione Mutua, preposta al convenzionamento del Network sanitario e alla lavorazione e liquidazione delle pratiche di rimborso avanzate dagli aventi diritto.
- Istituto di cura:** ogni ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Si intendono inclusi gli ambulatori ovvero le strutture o centri medici autorizzati a erogare prestazioni medico-chirurgiche, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale. Sono in ogni caso esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza o lungo degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le strutture preposte all'erogazione di cure palliative o che effettuino terapie del dolore, le cliniche della salute, le cliniche aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali.
- Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da Infortunio, a carattere evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici. In particolare, per Malattia improvvisa deve intendersi la Malattia di acuta insorgenza e rapido sviluppo di cui l'Associato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Associato.
- Malattia mentale:** tutte le patologie mentali e del comportamento (quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, etc.) ricomprese nel capitolo V della 9ª revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).
- Malattie Oncologiche:** le neoplasie maligne a carattere invasivo comprovate da referto istopatologico; i tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale; le neoplasie linfomieloproliferative del sangue o del midollo emopoietico.
- Malformazione/Difetto fisico:** la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o acquisite durante lo sviluppo fisiologico.
- Medicina alternativa o complementare/Medicina non ufficiale:** le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, ossigenoterapia medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, ommotossicologia, osteopatia, chiropratica.
- Nucleo Familiare:** una o più persone legate con l'Associato da vincoli di parentela o di affinità ovvero si intendono i coniugi o il convivente more uxorio, compresi i figli che non abbiano già compiuto il 26° anno di età, quest'ultimi anche se non residenti. Viene altresì considerato nucleo familiare, ai sensi del presente regolamento, l'unione civile di due persone maggiorenni e capaci, anche dello stesso sesso, unite da reciproci vincoli affettivi che convivono stabilmente e si prestano assistenza e solidarietà materiale e morale, non legate da vincoli di matrimonio, parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno. Tale stato dovrà essere risultante dallo stato di famiglia rilasciato dal Comune alla data in cui si richiedono le prestazioni.
- Piano di cura:** l'insieme di prestazioni odontoiatriche ritenute necessarie dal medico dentista per il raggiungimento di un buono stato di salute dei denti.
- Rette di degenza:** il trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, comportante il pernottamento, sia ordinaria che intensiva.
- Ricovero:** la degenza dell'Associato in Istituto di cura, pubblico o privato, che comporti almeno un pernottamento.
- Scheda anamnestica dentaria:** documento redatto dal dentista che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Associato.
- Scoperto:** la quota parte del danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Associato.
- Second Opinion:** il parere medico complementare da parte di uno specialista, con eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.
- Società / Impresa:** Protezione Mutua
- Strutture Mediche Convenzionate (Network):** l'insieme degli Istituti di cura, ambulatori medici, centri diagnostici, centri odontoiatrici, dentisti, équipe e medici convenzionati con Protezione Mutua e/o Ipazia Service Srl che forniscono le prestazioni all'Associato, il cui costo viene sostenuto da Protezione Mutua, in nome e per conto dell'Associato medesimo ("pagamento diretto"), nei limiti ed in conformità a quanto previsto ai sensi del Regolamento.
- Strutture Mediche non Convenzionate:** l'insieme degli Istituti di cura, ambulatori medici, centri diagnostici, centri odontoiatrici, dentisti, équipe e medici non convenzionati con Protezione Mutua e/o Ipazia Service Srl che forniscono le prestazioni all'Associato.
- Struttura Organizzativa:** il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature, presidi o dotazioni centralizzati o meno e la rete di fornitori esterni convenzionati di Ipazia Service S.r.l. e/o Europ Assistance in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede per conto di Protezione Mutua e/o Ipazia Service Srl a garantire il contatto telefonico con l'Associato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare le prestazioni di Assistenza.
- Sussidio:** la copertura sanitaria sottoscritta con Protezione Mutua.
- Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi:** le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili ai sensi del presente regolamento. 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. Ogni ciclo di Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata. Visita specialistica: la visita che viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.

NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO

Il presente Regolamento individua le prestazioni previste in favore del socio. Il Regolamento è redatto con l'intento di fornire ai soci uno strumento di consultazione rapido e una guida all'utilizzo del Sussidio. Vuole inoltre aiutare il socio e gli aventi diritto, all'utilizzo delle garanzie guidandoli dal momento della prima denuncia di un evento fino all'erogazione del sussidio. I dati riportati nel presente regolamento rappresentano i punti salienti delle forme di assistenza e costituiscono elemento vincolante, al fine della garanzia, eventualmente integrata dal testo di Convenzione separatamente sottoscritto. Il nostro obiettivo è di fornire al Socio un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della sua collaborazione. All'interno della guida si troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire per utilizzare al meglio il sussidio sottoscritto.

La Società Generale di Mutuo Soccorso Protezione Mutua eroga la presente prestazione sanitaria sulla base di una o più convenzioni stipulate con primarie Compagnie di Assicurazione.

Per ulteriori informazioni ed eventuali chiarimenti, i Soci possono rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti di Protezione Mutua:

Mail: amministrazione@protezionemutua.it

Tel : + 39 063236122

Dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 18.00

Art. 1 - Informazioni generali

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Contraente o di chiunque sia beneficiario del Sussidio relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo/rimborso nonché l'annullamento del sussidio e relativa esclusione da Socio della Mutua per comportamento scorretto verso la mutua stessa e gli altri Soci.

Art. 1.2 - Conclusione del contratto - Decorrenza del Sussidio – Versamento del contributo della Copertura Sanitaria e quote associative

La domanda di adesione si ritiene conclusa nel momento in cui sia debitamente sottoscritta dal Contraente e sia stata valutata positivamente con apposita delibera del Consiglio di Amministrazione (CdA) della Protezione Mutua. La copertura sottoscritta ha effetto dalle 24:00 del giorno di delibera del CdA, che sono già prestabiliti nei giorni 5-15-25 di ciascun mese dell'anno, se il Contributo o la prima rata di esso sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle 24:00 del giorno del versamento dei contributi. Il Contributo è sempre determinato per periodi di un anno (12 mesi) ed è interamente dovuto dal Contraente, anche qualora ne sia stato convenuto il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale.

1) Il versamento del Contributo e delle quote associative può essere effettuato solo nelle seguenti modalità:

- addebito automatico sul conto corrente bancario o postale del Contraente o di uno dei familiari beneficiari;
- assegno circolare o bancario intestato ad Protezione Mutua – Società Generale di Mutuo Soccorso;
- Bonifico bancario o postale sui rispettivi conti correnti indicati sulla domanda di adesione ed intestato ad Protezione Mutua – Società Generale di Mutuo Soccorso.

L'Associato potrà versare alla Mutua il contributo e relative quote associative (che non sono frazionabili) nelle seguenti modalità:

- Mensile: versamento unico delle prime tre rate alla sottoscrizione della domanda di adesione e dalla quarta rata il contributo potrà essere versato con rate mensili fino a recesso o esclusione;
- Trimestrale;
- Semestrale;
- Annuale.

In caso di frazionamento del contributo è preferibile scegliere l'addebito sul proprio conto corrente con sistema SEPA DEBIT CORE - SDD (RID) evitando la sospensione delle garanzie.

Nel caso sia stato scelto di versare il contributo tramite assegno, questo viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del versamento del titolo. L'assegno, sia esso circolare o bancario, deve essere intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Protezione Mutua e munito della clausola di non trasferibilità. In caso di mancato versamento del Contributo o delle rate successive del Contributo, secondo le modalità sopra indicate, la copertura oggetto del presente Regolamento sarà automaticamente sospesa dalle 24:00 del 30° giorno successivo alla scadenza dell'ultima rata non versata. Il versamento del Contributo o delle rate del Contributo non corrisposte potrà avvenire prima che si sia verificata la risoluzione di diritto dell'Adesione alla Protezione Mutua ovvero entro il 180° giorno dal primo insoluto, restando inteso che durante il periodo di morosità le richieste di rimborso non saranno liquidabili; la riattivazione del sussidio avrà efficacia dalle ore 24:00 del giorno di delibera prestabilito e del relativo versamento (di tutte le rate di Contributo non corrisposte) e, in tal caso, rimarranno ferme le successive scadenze del versamento dei contributi.

Art. 1.3 - Adeguamento del Contributo

Il Contributo annuale previsto per ciascun Associato potrà essere adeguato al raggiungimento di alcuni limiti di età, superato il 75° e 80° anno di età. Tale adeguamento sarà applicato previa comunicazione all'assistito entro 90 giorni antecedenti la scadenza annuale della Copertura al fine di mantenere un equilibrio tra i partecipanti alla mutua.

Art. 1.4 - Durata e proroga del Sussidio

Il presente piano sanitario ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo.

In assenza di disdetta inviata dal Contraente o dalla Società (in quest'ultimo caso nei soli episodi di morosità superiore a sei mesi o comportamenti scorretti e/o manifestamente in conflitto con la Società) il Sussidio si rinnova tacitamente e la copertura è prorogata per la durata di un anno e così successivamente nel rispetto dei limiti di età dell'Associato. Eventuale recesso da parte del solo Beneficiario della Copertura dovrà essere inviato mediante lettera raccomandata a/r e spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale della data di decorrenza indicata nella lettera di benvenuto. L'eventuale recesso dovrà essere inviato a: Protezione Mutua Società generale di mutuo Soccorso, Via Catullo, 16, 00193, Roma (RM) oppure a protezionemutua@pec.it

Art. 1.5 - Foro competente e procedimento di mediazione

Ogni controversia relativa al presente regolamento è soggetta alla giurisdizione italiana e per le stesse è competente in prima fase il Presidente del Collegio Sindacale o Revisore Unico della Protezione Mutua che esperirà un tentativo di conciliazione bonaria tra le parti. Qualora la controversia non fosse stata risolta gli aventi diritto potranno rivolgersi presso il Tribunale di Roma, fermo restando per Protezione Mutua non applicabile l'esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. n. 28/2010 e s.m.i., (modificato dal D.L. n. 69/2013 convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013).

Art. 1.6 - Modifiche del Regolamento del Sussidio

Le eventuali modifiche del presente Regolamento devono essere provate per iscritto.

Art. 1.7 - Aggravamento e diminuzione del rischio

I Beneficiari della Copertura sanitaria devono dare comunicazione scritta a Protezione Mutua - a mezzo raccomandata a/r - di ogni aggravamento o diminuzione del rischio oggetto del presente Regolamento. Gli aggravamenti di rischio non noti o che, se conosciuti, non sarebbero stati accettati dalla Società in quanto riconducibili a uno stato di non associabilità della persona possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso e/o indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura.

Art. 2 - Precisazioni e delimitazioni del Sussidio

Art. 2.1 - Persone garantite

Il presente Sussidio copre le persone fisiche esplicitamente indicate sulla domanda di adesione nei limiti previsti dalla Soluzione prescelta e dalle eventuali coperture aggiuntive in up grade purché residenti e domiciliati in Italia, nella Repubblica di San Marino o nella Città del Vaticano.

È requisito fondamentale, per l'attivazione delle garanzie, che ciascun Associato abbia debitamente sottoscritto la c.d. "Dichiarazione alla Mutua" se ha già compiuto il 60° anno di età anteriormente alla data di adesione e delibera del CdA.

Art. 2.2 - Nucleo Familiare

La presente copertura è valida anche per gli eventuali familiari indicati nella domanda di adesione o comunicati successivamente alla Protezione Mutua entro 30 giorni alla scadenza anniversaria di ciascuna annualità. L'esercizio dei diritti e delle facoltà previsti dal presente Regolamento presuppongono l'attualità della convivenza ad eccezione dei figli dell'associato titolare che non abbiano già compiuto il 26° anno di età.

Art. 2.3 - Limiti di età

Sono associabili le persone fisiche di età non superiore ai 70 anni all'atto della adesione, ossia che non abbiano ancora compiuto i 70 anni di età, salvo l'ammissione concessa, in deroga e per iscritto, dal Consiglio di Amministrazione di Protezione Mutua.

Personae Under 60: sono associabili le persone fisiche che all'atto di adesione non abbiano compiuto il 61° anno di età, con obbligo di uscita alla scadenza annuale della copertura, successiva al compimento del 75° anno di età. Al raggiungimento del 75° anno di età sarà possibile beneficiare, su richiesta, di specifici sussidi per ulteriori cinque anni ovvero fino al compimento dell'80° anno di età, con uscita alla scadenza anniversaria della copertura sanitaria.

Personae Over 60: sono associabili le persone fisiche che all'atto di adesione non abbiano compiuto il 70° anno di età, con obbligo di uscita alla scadenza annuale della copertura successiva al compimento dell'80° anno di età.

Qualunque associato alla Protezione Mutua che abbia compiuto l'80° anno di età potrà beneficiare di una copertura sanitaria a vita intera solo qualora goda di un piano di assistenza sanitaria con Protezione Mutua da almeno 10 anni continuativi.

Art. 2.4 - Persone non associabili

Non sono associabili, indipendentemente dalla concreta valutazione del progresso o attuale stato di salute, le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, Alzheimer, patologie cognitive e demenze in generale, Parkinson. Altresì non sono associabili le persone che fanno uso di psicotici assunti regolarmente per scopi terapeutici. Il Contraente è pertanto tenuto ad informarsi sulla sussistenza dello stato di associabilità degli Associati e solo a seguito di tale approfondito controllo potrà sottoscrivere la copertura. Il controllo preventivo sullo stato di associabilità dovrà essere inoltre effettuato dal Contraente all'atto della comunicazione di variazione e/o inclusione in Copertura di nuovi Associati. Premesso che Protezione Mutua non avrebbe acconsentito a stipulare la presente Copertura laddove avesse saputo che l'Associato - al momento della stipulazione ovvero dell'estensione a nuovi Associati/Familiari - era affetto, ovvero era stato affetto, dà anche solo una delle patologie sopra elencate, la presente copertura dovrà considerarsi annullabile e i Sinistri nel frattempo verificatisi non rimborsabili qualora dovessero emergere a tal riguardo delle dichiarazioni inesatte o non veritiere effettuate con dolo o colpa grave da parte del Contraente. Ad ogni modo, se la presente copertura riguarda più Associati, il presente Regolamento sarà valido per quegli Associati ai quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza del Contraente, fermi i limiti previsti nel presente Regolamento. Infine, laddove nel corso del contratto si manifestassero nell'Associato una o più di tali affezioni o Malattie non associabili, il Contraente e/o il relativo Associato sono tenuti a comunicarlo per iscritto a Protezione Mutua, in quanto tale fattispecie costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito alla stipula della presente copertura. Resta inteso che al verificarsi degli eventi che comportino la non associabilità dell'Associato l'Associazione Protezionistica non concederà il rimborso richiesto può deliberare per il tramite del proprio CDA l'esclusione dalla Mutua ai sensi del presente articolo alla scadenza anniversaria del sussidio.

Art. 2.5 - Efficacia delle garanzie - Termini di Carenza

Le garanzie decorrono:

- 1) Per gli Infortuni e le prestazioni di Assistenza H24 dalle 24:00 del giorno di efficacia del Sussidio;
- 2) per le Malattie improvvise (ovvero a decorso acuto), dalle 24:00 del 30° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio;
- 3) per le Malattie (non a decorso acuto) o gli esiti di Infortuni non conosciuti o diagnosticati all'Associato alla data di stipula del Sussidio ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente a tale data, dalle 24:00 del 180° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio;
- 4) per parto naturale o cesareo, dalle 24:00 del 300° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio;
- 5) per aborti o per Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle 24:00 del 30° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di stipula del contratto;
- 6) per le cure dentarie a seguito di Infortunio, dalle 24:00 del 30° giorno di efficacia del Sussidio;
- 7) per le cure dentarie non conseguenti a infortunio dalle 24:00 del 180° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio, salvo quanto diversamente indicato per ciascuna prestazione.

Qualora il presente Sussidio non sostituiscia un altro emesso da un'altra Società di Mutuo Soccorso, Cassa di Assistenza, Fondo Sanitario integrativo o Compagnia di Assicurazione e tra i due non vi sia soluzione di continuità ovvero senza alcuna interruzione della copertura, i termini di Carenza di cui sopra operano:

- a) dal giorno di efficacia del precedente contratto sostituito, per le garanzie e le somme in esso già previste;
- b) dal giorno di efficacia del presente contratto, limitatamente alle diverse garanzie e/o alle maggiori somme da quest'ultimo previste e non presenti o non coincidenti con il precedente contratto sostituito.

Art. 2.6 - Estensione territoriale

Le garanzie del Sussidio, nei limiti stabiliti dalla copertura prescelta, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. In ogni caso, i rimborsi e gli indennizzi spettanti saranno erogati in valuta avente corso legale in Italia.

Art. 2.7 - Esclusioni

Il Sussidio non sarà operante nei seguenti casi.

Art. 2.7.1 - Esclusioni Infortuni e Malattia

Ferme le fattispecie di non associabilità di cui all'art. 2.4, sono esclusi dalla presente copertura:

- 1) le spese e/o indennizzi derivanti da infortuni o conseguenti a Infortuni, quali:
 - a) azioni commesse dall'Associato stesso con dolo, autolesionismo in generale compreso l'abuso di farmaci o suicidio, tentato o consumato, atti di pura temerarietà, reati;
 - b) uso di aeromobili in genere (ad eccezione di quelli abilitati al trasporto pubblico di linea), di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendii, etc.) e sport aerei in genere;
 - c) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Associato, compiuti 18 anni, non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Associato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 3 mesi; il Sussidio è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del Sinistro stesso;
 - d) collaudo di qualsiasi mezzo di trasporto, sia pubblico che privato;
 - e) pratica, a qualunque titolo, di sport motoristici (quali automobilismo, motociclismo e motonautica) oppure di sport che prevedano la partecipazione dell'Associato a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
 - f) sport professionistici ovvero tutti gli sport costituenti per l'Associato attività professionale, principale o secondaria, o che comunque comportino una qualsiasi forma di remunerazione sia diretta che indiretta;
 - g) pratica, a qualunque titolo, di sport estremi quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, paracadutismo o skydiving, salto con l'elastico (bungee jumping), sci e snowboard estremi ed acrobatici, freestyle ski, helisnow, airboarding, kite wings, base jumping, canyoning o torrentismo, arrampicata libera (free climbing) e altre discipline assimilabili a sport estremi;
 - h) pratica, a qualunque titolo, dei seguenti sport pericolosi: salto dal trampolino con sci e idrosci, bob o skeleton e simili, atletica pesante, sollevamento pesi, lotta nelle sue varie forme incluso il pugilato, arti marziali in genere, rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., discese su rapide di fiumi e torrenti con qualsiasi mezzo inclusi rafting, hydrospeed e canoa, speleologia e immersioni con autorespiratore;
- 2) le conseguenze di stati invalidanti, Infortuni e Malattie in genere conosciuti, diagnosticati o curati anteriormente alla messa in copertura e sottaciuti con dolo o colpa grave;
- 3) le spese relative a conseguenze di Malattie o esiti di Infortuni non conosciuti dall'Associato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla messa in copertura, limitatamente ai primi 180 giorni di efficacia del Sussidio;
- 4) le Malattie mentali o del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le Malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, i disturbi schizofrenici, paranoidei e affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), le sindromi e i disturbi mentali organici;
- 5) la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le patologie correlate alla infezione da HIV;
- 6) le cure odontoiatriche di qualsiasi tipo, salvo che sia stato attivato il pacchetto Cure dentarie;
- 7) relativamente al pacchetto Cure dentarie, l'estrazione dei denti decidui;
- 8) le cure del sonno, le cure e terapie cellululo-tissutali;
- 9) le cure e le pratiche fitoterapiche, idropiniche e termali in genere, salvo quanto espressamente previsto dai singoli sussidi;
- 10) i trattamenti specialistici e i Trattamenti fisioterapici in genere sostenuti prima dell'Intervento chirurgico, salvo quanto diversamente previsto all'art. 4.2 del presente Regolamento;
- 11) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e della data di insorgenza; le prestazioni di controllo e di medicina preventiva, salvo quanto previsto per i Check Up, se presenti nel Regolamento sottoscritto;
- 12) i trattamenti di emodialisi, gli esami termografici; le iniezioni sclerosanti salvo quanto diversamente previsto nel presente Regolamento;

- 13) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di terapie di Medicina alternativa o complementare o di Medicina non ufficiale;
- 14) le prestazioni, le applicazioni, le cure e gli interventi aventi finalità estetiche; gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, salvo quelli resi necessari da Infortunio o Malattia tumorale effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento chirurgico demolitivo;
- 15) l'eliminazione o correzione di Malformazione o Difetti fisici preesistenti e le alterazioni da esse determinate o derivate, salvo quanto espressamente previsto per i neonati entro i 6 mesi dalla nascita al punto D. dell'art. 4.2 del presente Regolamento;
- 16) gli Interventi Chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- 17) l'aborto volontario non terapeutico;
- 18) la fecondazione assistita e artificiale, nonché le prestazioni per la diagnosi e la cura della sterilità, infertilità e dell'impotenza;
- 19) i Ricoveri senza Intervento chirurgico avvenuti al fine di effettuare Visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 20) i Day Hospital avvenuti al fine di effettuare Visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici, anche praticati chirurgicamente, che per la loro natura possono essere effettuati anche in ambulatorio, senza recare pregiudizio alla salute del paziente;
- 21) i Ricoveri per lungodegenza quando le degenze e i Ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; le degenze in case di riposo, di convalescenza o di soggiorno; gli interventi qualificabili come cure palliative e/o terapie del dolore; i Ricoveri in istituti o reparti specializzati per le cure geriatriche o terapie di lungodegenza;
- 22) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, 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);
- 23) le conseguenze per abuso di alcolici, farmaci, psicofarmaci e uso di sostanze stupefacenti e allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- 24) le conseguenze dirette o indirette di energia nucleare (reazioni nucleari, radiazioni e contaminazioni), di radiazioni dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (fissione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- 25) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, trombe d'aria, maremoti, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- 26) le conseguenze di guerre anche non dichiarate, insurrezioni generali, operazioni e occupazioni militari e invasioni, atti terroristici;
- 27) tutti i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e/o Infortunio;
- 28) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- 29) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e nei relativi allegati.

Si ritengono altresì escluse dal rimborso ogni conseguenza diretta e indiretta delle patologie di cui l'associato risulta essere affetto oppure ne abbia già sofferto in passato rispetto alla sottoscrizione del presente piano di assistenza

Art. 2.7.2 - Esclusioni Assistenza

Oltre a quanto previsto dalle Esclusioni Infortuni e Malattia, per le prestazioni di Assistenza sono inoltre previste le limitazioni aggiuntive che seguono.

- 1) Protezione Mutua non riconosce, e pertanto non rimborsa, spese per interventi di assistenza non autorizzati preventivamente dalla Struttura Organizzativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
- 2) Protezione Mutua non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
- 3) Le prestazioni non sono fornite:
 - a. per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
 - b. per i viaggi intrapresi dall'Associato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici;
 - c. in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente;
 - d. per le conseguenze e/o eventi derivanti da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

Art. 3 - Variazioni del contratto di adesione

Art. 3.1 - Variazione Sussidio prescelto

Il Contraente ha la facoltà di variare il Sussidio prescelto con comunicazione scritta da inviarsi almeno 60 giorni prima della data di scadenza anniversaria del Sussidio mediante lettera raccomandata a/r oppure via pec a: Protezione Mutua – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Catullo, 16, 00193, Roma (RM) oppure protezionemutua@pec.it

La variazione, valida per tutti i beneficiari indicati sulla domanda di adesione, ha effetto a far data dalla ricorrenza annuale successiva alla richiesta di variazione e comporta in ogni caso l'applicazione del contributo e delle condizioni contrattuali in vigore in tale data; per l'operatività della Carenza si rinvia all'art. 2.5 del presente regolamento.

Art. 3.2 - Variazione delle persone beneficiarie del Sussidio nell'ambito del nucleo familiare

Il Contraente ha la facoltà di variare le persone beneficiarie del sussidio, fermi i limiti di età di cui all'art. 2.2 del presente Regolamento. La variazione dovrà essere richiesta con comunicazione scritta da inviare a mezzo lettera raccomandata a/r oppure via pec a: Protezione Mutua – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Catullo, 16, 00193, Roma (RM) oppure protezionemutua@pec.it

La variazione ha effetto a far data dalla ricorrenza annuale successiva alla richiesta di variazione e comporta in ogni caso l'applicazione del contributo e delle condizioni contrattuali in vigore in tale data. Con riferimento all'applicazione dei termini di Carenza, si rinvia all'art. 2.5 delle Condizioni del presente Regolamento.

Art. 3.3 - Variazione residenza

Il Contraente/Beneficiario ha l'obbligo di comunicare alla Società l'eventuale cambio di residenza o trasferimento all'estero con lettera raccomandata a/r oppure via pec da inviare a: Protezione Mutua – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Catullo, 16, 00193, Roma (RM) oppure protezionemutua@legalmail.it

Resta inteso che in caso di trasferimento della residenza all'estero, la copertura cessa con effetto immediato e Protezione Mutua non rimborserà al Contraente il contributo pagato e non goduto.

Sezione 4: Garanzie Ospedaliere

Art 4.1- Rimborso Spese Mediche

• Per Ricovero e/o Intervento chirurgico (compreso Day Hospital e Day Surgery)

Protezione Mutua nei limiti dei massimali e del contributo previsti dal Sussidio prescelto, garantisce il rimborso delle spese nei casi di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risultino compresi nei termini del sussidio sottoscritto. Si precisa che la Società garantisce le prestazioni indicate anche in caso di Day Hospital e Day Surgery.

• Per Grandi interventi chirurgici

Protezione Mutua nei limiti dei massimali e del contributo previsti dal Sussidio scelto garantisce il pagamento delle spese solo se relative ad un ricovero, con o senza intervento chirurgico, sostenute per un Grande Intervento Chirurgico subito dall'Associato in Istituto di cura pubblico o privato a seguito di Infortunio o Malattia. Il massimale della presente garanzia si intende elevato rispetto a quello di ricovero, ove previsto.

Il presente Sussidio, per i soli Grandi interventi chirurgici, opera in riferimento agli eventi previsti nell'apposito Elenco "Grandi Interventi Chirurgici" allegato al presente regolamento e nel rispetto dei limiti del massimale previsto.

Qualora l'Associato si avvalga di Strutture Mediche Convenzionate seguendo la procedura indicata all'art. 7.3 del presente Regolamento il pagamento delle prestazioni dovute viene effettuato direttamente dalla Protezione Mutua, non restando a carico dell'Associato alcun importo relativo a franchigia o scoperto, ma solo l'eventuale eccedenza di spesa rispetto al limite di rimborso di cui sopra.

Qualora l'Associato si avvalga di Strutture Mediche NON Convenzionate o di Strutture mediche Convenzionate ma con Equipe medica NON Convenzionata, il pagamento delle prestazioni avverrà in formula rimborsuale ovvero l'Associato dovrà anticipare l'intera spesa e potrà chiedere il rimborso alla Protezione Mutua restando in ogni caso a suo carico una quota di spesa nei limiti di quanto previsto dal sussidio scelto.

Art. 4.2 - Spese mediche rimborsabili

A. Pre ricovero

Spese sostenute dall'Associato nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero:

- 1) visite mediche specialistiche;
- 2) esami e accertamenti diagnostici;

Le prestazioni sopra indicate possono essere effettuate anche al di fuori dell'Istituto di cura ove l'Associato subirà l'Intervento.

B. Durante ricovero

Spese sostenute dall'Associato durante il ricovero:

- 1) onorari dei medici e dell'equipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di Intervento (incluse le protesi applicate durante l'Intervento stesso);
- 2) Rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura per il ricoverato;
- 3) esami e accertamenti diagnostici, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, assistenza medica;

C. Post ricovero

Spese sostenute dall'Associato nei 90 giorni successivi alla data di conclusione del ricovero:

- 1) visite mediche specialistiche;
- 2) esami e accertamenti diagnostici;
- 3) prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche;
- 4) Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi;
- 5) trattamenti specialistici;
- 6) cure termali, escluse le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio;
- 7) acquisto di farmaci, entro il limite di 1.000,00 Euro per persona e per anno;
- 8) acquisto o noleggio di:
 - a) apparecchi ortopedici (stampelle, carrozzine, corsetti e tutori);
 - b) apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, escluse lenti da vista e a contatto e montature di occhiali);
 - c) apparecchi fisioterapici, purché prescritti dal medico specialista.

D. Trapianti

In caso di trapianto sull'Associato di organi o di parte di essi conseguente a Infortunio o Malattia sono comprese anche le spese necessarie per il prelievo dal donatore e per il trasporto dell'organo. Nel caso in cui il donatore sia in vita, si intendono incluse anche le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero dello stesso, sempre nel rispetto dei limiti indicati nelle Condizioni del presente Sussidio.

E. Maternità e cure del neonato

Protezione Mutua garantisce il pagamento delle spese descritte ai punti A., B. e C. che precedono relative al parto naturale o cesareo, ove previsto, sostenute in Istituto di cura pubblico o privato.

Per l'aborto spontaneo o terapeutico si applica quanto disposto al punto 4.2 (pre – durante – post) che precede. In caso di parto rimborsabile ai sensi del presente Regolamento, l'Associato è tenuto indenne, entro il limite di rimborso di € 6.000,00 per le spese necessarie per cure e interventi relativi anche alla correzione o eliminazione di Malformazioni congenite del neonato effettuati nei primi 6 mesi di vita dello stesso.

Art. 4.3 – Interventi chirurgicispecifici (c.d. Interventi Ambulatoriali – Day Surgery – Day Hospital) – Sub Limiti

Le spese di cui ai precedenti punti A., B. e C. sostenute per gli Interventi chirurgici di seguito indicati (effettuati sia in regime di Ricovero, sia in Day Surgery o ambulatorialmente) sono complessivamente coperte nel rispetto dei limiti specifici previsti, quali sub limiti del massimale di ricovero ovvero:

- parto naturale entro il limite di rimborso previsto dal sussidio prescelto;
- parto cesareo e aborto terapeutico, interventi per Malattie derivanti da gravidanza e puerperio entro il limite di rimborso previsto dal sussidio prescelto;
- laser ad eccimeri entro il limite previsto dal sussidio prescelto (per ciascun occhio);
- Interventi ambulatoriali entro il limite previsto dal sussidio prescelto.

Art. 4.4 - Indennità sostitutiva

Qualora non risultino spese a carico dell'Associato in quanto i costi relativi all'Intervento Chirurgico (o al Grande Intervento Chirurgico, se previsto) sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute, Protezione Mutua erogherà un'Indennità sostitutiva nei limiti del Sussidio prescelto in alternativa al pagamento delle spese occorse di cui all'art. 4.2. Tale indennità sarà corrisposta per ogni giorno di Ricovero e per un massimo di 90 giorni complessivi per Sinistro e per anno. Il giorno di ricovero e quello di dimissione sono considerati agli effetti della liquidazione come giorno unico. Le eventuali spese pre e post Ricovero saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di Sussidio. Nel caso di costi parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Associato può scegliere se usufruire dell'Indennità sostitutiva di cui al presente articolo oppure, in alternativa, se chiedere ad Protezione Mutua il rimborso delle spese effettivamente sostenute e rimaste a suo carico, sempre nei limiti di quanto disposto nelle condizioni contrattuali del presente Regolamento.

Art. 4.5 - Franchigia

La Franchigia, ove esistente, non troverà applicazione in caso di erogazione dell'Indennità sostitutiva di cui al precedente art. 4.4 (nel qual caso la Franchigia opererà esclusivamente con riferimento alle spese pre, durante e post ricovero). In caso di Ricovero e Intervento chirurgico con costi parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale tale deduzione troverà applicazione anche qualora l'Associato abbia optato per il rimborso spese mediche di cui all'art. 4.2 delle Condizioni del presente Regolamento, anziché per l'Indennità sostitutiva di cui all'art. 4.4 delle Condizioni del presente Regolamento.

La Franchigia viene applicata un'unica volta per Evento o Unico Evento.

Art. 5 – Extra - Ricovero

Art. 5.1 - Spese extra ricovero

Le presenti garanzie operano anche per Infortunio o Malattia non connessi a un Ricovero o Intervento chirurgico nel rispetto dei limiti di seguito indicati. Il rimborso di quanto previsto, viene effettuato con applicazione di uno Scoperto del 20% per prestazione con il minimo di 50,00 Euro da applicarsi sulla prima prestazione prevista da una medesima prescrizione medica o per il medesimo Infortunio o Malattia. Qualora l'Associato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, i ticket corrispondenti alle spese sostenute saranno rimborsati senza applicazione dello Scoperto e nei limiti dello specifico massimale previsto. Per l'attivazione di tali garanzie è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Art. 5.2 - Alta specializzazione

Protezione Mutua copre, nel rispetto del massimale del Sussidio prescelto, le spese di Alta specializzazione rese necessarie da Infortunio o Malattia, anche non connesse a un Ricovero di seguito espressamente elencate: Amniocentesi dopo il 35° anno d'età, Angiografia, Angiografia digitale, Arteriografia digitale, Artografia, Broncografia, Broncoscopia, Cistografia, Colonscopia, Coronarografia, Dialisi, Ecocardiografia, Ecocardiogramma, Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler), EGDS (esofagoscopia + gastroscopia + duodenoscopia), Flebografia, Gastroscopia, Laser terapia, Mammografia, Mielografia, Radionefrogramma, Rettoscopia, Risonanza Magnetica Nucleare RMN, Scintigrafia, Telecuore, TAC - Tomografia Ass.le Computerizzata, Urografia.

Art. 5.2.1 - Diagnostica

Protezione Mutua copre, nel rispetto del massimale di cui al precedente punto, previsto per nucleo e per anno, le spese per esami di laboratorio e accertamenti diagnostici, diversi da quelli elencati nella garanzia Alta specializzazione, resi necessari da Infortunio o Malattia, anche non connessi a un Ricovero, quali: Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli), Elettrocardiografia, ECG Holter, monitoraggio 24H della pressione arteriosa, Elettroencefalografia, Elettromiografia, MOC (densitometria ossea), Uroflussometria.

5.2.2 - Cure Oncologiche

La Protezione Mutua rimborsa entro il limite massimo annuo previsto dal sussidio prescelto le spese sostenute dall'associato in seguito a patologie oncologiche per: Assistenza infermieristica domiciliare; Chemioterapia; Cobaltoterapia; Terapie radianti.

La presente prestazione viene offerta come sub limite del massimale previsto nelle prestazioni del precedente punto 5.2.

Art. 5.3 - Visite specialistiche

Protezione Mutua rimborsa, nel rispetto del massimale del sussidio prescelto, le spese per onorari dei medici per visite effettuate da specialisti rese necessarie da Infortunio o Malattia, anche non connessi a un Ricovero, purché la specializzazione del curante sia a questi attinente. Restano escluse comunque le visite odontoiatriche e odontotecniche.

Art. 5.4 - Cure odontoiatriche a seguito di Infortunio

Protezione Mutua, nel rispetto del massimale del sussidio prescelto, copre le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche rese necessarie a seguito di Infortunio avvenuto in corso di copertura e sempreché le prestazioni stesse vengano effettuate durante il periodo di validità della copertura, entro il limite complessivo del Sussidio prescelto. Il rimborso delle spese sarà effettuato esclusivamente previa presentazione di apposita certificazione di Pronto Soccorso comprovante l'Infortunio e relativa ortopanoramica attestante le lesioni traumatiche. Per sottoporsi alle cure dentarie, l'Associato potrà scegliere se rivolgersi ad una struttura appartenente al Network odontoiatrico convenzionato o se avvalersi di una struttura esterna al Network odontoiatrico convenzionato, chiedendo il rimborso delle spese sostenute.

Art. 5.5 – Cure odontoiatriche

Restando fermo quanto previsto dal precedente art. 5.4, Protezione Mutua copre le spese sostenute per le prestazioni di cure odontoiatriche. Per sottoporsi alle cure odontoiatriche, l'Associato potrà scegliere se rivolgersi ad una struttura appartenente al Network odontoiatrico convenzionato oppure ad un suo medico di fiducia.

Il rimborso delle spese sarà effettuato nel rispetto del massimale e alle condizioni previste dal sussidio scelto. In ogni caso la prestazione è soggetta a vincoli temporali pari a 180 giorni successivi alla validità della copertura.

Art. 5.5.1 – Prevenzione odontoiatrica

Restando fermo quanto previsto dal precedente art. 5.4, Protezione Mutua copre le spese sostenute per le prestazioni di prevenzione odontoiatrica consistenti in una visita di prevenzione dentale e detartrasi finalizzate a promuovere la salute orale ed evitare la formazione di carie dentarie o malattie periodontali. Per sottoporsi alle prestazioni di prevenzione odontoiatrica, l'Associato potrà scegliere se rivolgersi ad una struttura appartenente al Network odontoiatrico convenzionato oppure ad un suo medico di fiducia.

Il rimborso delle spese sarà effettuato nel rispetto del massimale e delle condizioni previste dal sussidio scelto, assoggettando la prestazione a vincoli temporali pari a 180 giorni successivi alla validità della copertura.

Art. 5.5.2 – Pacchetto odontoiatrico

Restando fermo quanto previsto dal precedente art. 5.4, Protezione Mutua copre le spese sostenute per le prestazioni di cure odontoiatriche nel rispetto del massimale e alle condizioni previste dal sussidio scelto. Per sottoporsi alle cure odontoiatriche, l'Associato potrà scegliere se rivolgersi ad una struttura appartenente al Network odontoiatrico convenzionato oppure ad un suo medico di fiducia nei soli casi emergenza odontoiatrica ovvero per qualsiasi problema odontoiatrico che causi dolore, gonfiore o sanguinamento comprovato dal dentista e da radiografia periapicale. In ogni caso, qualora l'Associato scegliesse una struttura non appartenente al Network, avrà diritto al rimborso della spesa sostenuta nel limite dell'importo indicato nella colonna corrispondente, del documento allegato, "Rimborso per trattamenti eseguiti fuori network" di cui alla Tabella delle Prestazioni e dei Rimborsi, fino al massimale per anno e per nucleo di € 1.000,00.

Il rimborso delle spese sarà effettuato In ogni caso la prestazione è soggetta a vincoli temporali pari a 180 giorni successivi alla validità della copertura.

Art. 5.6 – Lenti e Occhiali

Protezione Mutua copre le spese sostenute per l'acquisto di lenti da vista, e a contatto, montatura compresa, rese necessarie da una modifica del visus di almeno 0,50 diottrie per entrambi gli occhi e per ogni altro tipo di difetto refrattivo manifestatesi durante il periodo di validità del contratto e sempreché le cure vengano interamente effettuate durante il periodo di validità della copertura.

Il rimborso di quanto previsto viene effettuato entro il limite di rimborso previsto dal piano di assistenza prescelto. Il rimborso delle spese sarà effettuato esclusivamente previa presentazione di apposita certificazione di un medico oculista specializzato.

Art. 5.7 – Ticket S.S.N.

Le prestazioni di cui al presente regolamento indicate nelle specifiche sezioni di ricovero ed extra ricovero svolte in regime di S.S.N., vengono rimborsate all'Associato nella misura del 100% senza nessuna quota a carico dell'associato e nel limite del massimale del sussidio prescelto.

Art. 5.8 - Check-up

L'Associato potrà effettuare presso una delle Strutture Mediche Convenzionate e NON convenzionate nel rispetto del limite massimo di € 80,00 per anno e per nucleo uno dei seguenti Check-up di prevenzione, solo se previsto dal proprio sussidio.

Il Check-up comprende gli esami di controllo di seguito riportati: 1) emocromo completo; 2) azotemia; 3) cloremia, sodiemia, potassiemia; 4) colesterolo totale (LDL e HDL); 5) creatinemia; 6) glicemia; 7) PCR (dall'inglese Polymerase Chain Reaction); 8) transaminasi; 9) trigliceridi; 10) uricemia; 11) esami urine completo.

Il solo titolare del Sussidio potrà usufruire del Check-up trascorsi 6 mesi dalla data di decorrenza della garanzia ed entro l'annualità del sussidio. Il Check-up potrà essere ripetuto una volta ogni anno sempreché il sussidio sia regolarmente in vigore al momento della sua effettuazione. L'associato dovrà sempre contattare la Centrale Salute di Protezione Mutua prima di beneficiare della prestazione di Check-up.

5.8.1- Voucher salute (visite mediche specialistiche e alta diagnostica)

La Protezione Mutua provvederà per il tramite del proprio network convenzionato ad erogare all'associato un voucher salute. L'associato potrà beneficiare, nel limite massimo annuo di € 80,00, di una visita medica specialistica o di una prestazione di alta specializzazione e diagnostica a partire dal sesto mese di validità del sussidio; si potrà beneficiare della presente garanzia una sola volta l'anno, per il solo associato titolare (Formula single) o per due volte l'anno, per massimo due persone (Formula Nucleo).

Altre Garanzie (solo per contraente principale)

Art 5.9 - Assistenza Familiari Superstiti inclusi nel nucleo

La Protezione Mutua entro il massimale previsto dal sussidio prescelto, in caso di decesso del sottoscrittore del Sussidio, provvede al rimborso delle spese funerarie, di seguito elencate, sostenute dai familiari superstiti. La Mutua provvederà al rimborso delle seguenti spese:

- Decorazione dei locali rivelazione per le - Composizioni floreali - Celebrazione del servizio religioso da un ministro di culto - Preparazione del corpo - Costi della bara -Trasferimenti dal luogo della veglia funebre al cimitero - Cremazione.

Art. 5.10 - Assistenza Morte da infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza la morte dell'Associato contraente, la Protezione Mutua corrisponde un indennizzo, nel rispetto del massimale del sussidio prescelto e in un'unica soluzione, ai beneficiari o in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza del medesimo infortunio, l'Associato muore entro due anni dall'infortunio (anche se nel frattempo la copertura è scaduta) la Protezione Mutua corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma prevista per il caso morte, se questa è maggiore senza chiedere il rimborso in caso contrario. Se la salma dell'Associato non viene ritrovata, Protezione Mutua liquida il capitale garantito dopo 6 mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli art. 60 e 62 cod. civ. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'Associato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, Protezione Mutua ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Associato avrà così diritto all'indennizzo, spettante ai sensi di copertura, per altri casi eventualmente garantiti. Tale garanzia non è estesa all'intero nucleo familiare, ma al solo Associato contraente. La presente formula di assistenza interviene per coloro che non abbiano superato il 65° anno di età.

Art. 5.11 - Assistenza Invalidità permanente da infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'Associato, totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la copertura è scaduta), Protezione Mutua eroga un indennizzo, fino al massimale del sussidio prescelto, con applicazione di una franchigia relativa del 5% a carico dell'associato, corrispondente al grado percentuale di invalidità permanente accertata, come riportato di seguito in tabella. Il grado di invalidità permanente viene accertato facendo riferimento ai valori indicati nella Tabella Invalidità Permanente INAIL.

Esempio calcolo punteggio indennità:

Punti di percentuale di invalidità permanente accertata	Punti di percentuale di invalidità indennizzabile
Sino a 5%	0%
Da oltre 5% e sino a 10%	Stessa percentuale accertata - 5%
Da oltre 10% e sino 65%	Stessa percentuale accertata
Da 66% a 100%	100%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella tabella allegata, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati: - nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle sopra elencate, le percentuali sono calcolate entro il limite di quelle sopra indicate ed in proporzione alla funzionalità perduta; - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso; - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori sopraelencati e ai criteri sopra riportati, la stessa viene comunque determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'associato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori sopra indicati e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%. La presente formula di assistenza interviene per coloro che non abbiano superato il 65° anno di età.

Art. 5.12 - Assistenza Long Term Care

La garanzia relativa alle cure denominate "Long Term Care" si attiva in relazione all'insorgenza di eventi impreveduti ed invalidanti dell'Associato contraente, derivanti sia da infortunio che da malattia, tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Associato non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana. È considerata non autosufficiente la persona che venga a trovarsi nell'impossibilità fisica, clinicamente accertata, di poter compiere almeno 4 delle 6 delle seguenti attività:

- **Lavarsi:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo. Ciò implica che l'Associato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni;
- **Vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti. Ciò implica che l'Associato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; a capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante.
- **Nutrirsi:** Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi; Ciò implica che l'Associato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo.
- **Mobilità:** Capacità di muoversi all'interno della casa su superfici piane. Ciò implica che l'Associato è in grado di muoversi eventualmente con l'aiuto di una stampella, una sedia a rotelle, ecc.;
- **Continenza:** Capacità di controllare le funzioni corporali cioè espletarle mantenendo un sufficiente livello di igiene, senza l'aiuto di una terza persona. Ciò significa che l'Associato è in grado di gestire i suoi bisogni in maniera autonoma; questa definizione però non comprende la continenza urinaria totale (una leggera incontinenza urinaria è comune nelle persone anziane);
- **Spostarsi:** Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona. Un comitato medico incaricato dalla Protezione Mutua valuterà lo stato di salute dell'Assistito in base alla richiesta dello stesso, corredata di tutta la documentazione necessaria;
- modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla personale del sito di Protezione Mutua o richiedibile alla Centrale Salute);
- certificato del medico curante con indicazione dell'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi (scaricabile dalla sezione personale del sito della Protezione Mutua o richiedibile alla Centrale Salute) compilata dal medico curante oltre a:
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;
- documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici) utile alla valutazione del quadro clinico;
- ogni altro documento che fosse necessario per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

L'Associato deve fornire tutte le informazioni relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese, dando modo al Comitato Medico di Protezione Mutua di esaminare e valutare tempestivamente la documentazione ricevuta e comunque entro 180 giorni dal ricevimento della stessa.

L'accertamento con esito positivo di una non autosufficienza permanente dà diritto all'Associato al riconoscimento in un'unica soluzione dell'intera prestazione nel rispetto del massimale del sussidio prescelto. L'Associato potrà beneficiare della presente garanzia una sola volta dalla sottoscrizione del sussidio anche in presenza di successivi rinnovi.

L'accertamento con esito positivo di una non autosufficienza temporanea dà diritto all'Associato al riconoscimento in un'unica soluzione dell'intera prestazione nel rispetto del massimale del sussidio prescelto, consistente nel rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali, sostenute e da sostenere debitamente documentate e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza. Protezione Mutua si riserva la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Associato non autosufficiente e in caso di recupero dello stato di autosufficienza comunicherà allo stesso la sospensione del sussidio dal momento dell'accertamento. In questo caso resterà nella disponibilità dell'Associato la parte residuale non goduta per altri eventi che si verificassero nel corso di validità del sussidio, qualora non fosse stato raggiunto il limite massimo della prestazione prevista.

Il rifiuto da parte dell'Assistito di sottoporsi ad accertamenti sanitari di revisione e/o di fornire documentazione comprovante il persistere dello stato di non autosufficienza comporta di fatto la revoca del rimborso con effetto immediato. Il solo Associato titolare della Copertura potrà beneficiare della presente garanzia fino al compimento del 70° anno di età solo qualora avesse sottoscritto il Sussidio prima di aver compiuto il 60° anno di età.

Art. 5.13 - Sussidio per perdita di lavoro dipendente

La Mutua si obbliga ad esonerare l'associato dal versamento del contributo del Sussidio, per un massimo di un semestre, nel caso di perdita del Lavoro involontaria. Tale garanzia permette la sospensione del versamento dei contributi successivi dovuti per il Sussidio prescelto dall'associato. Qualora, invece, questi abbia prescelto il pagamento del sussidio in un'unica soluzione per l'annualità, la Mutua si impegna a rinnovare le garanzie del presente sussidio per un ulteriore semestre, senza alcun onere aggiuntivo per l'associato. Per la validità della presente garanzia è necessario che l'Associato sia un lavoratore dipendente con un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato (di almeno 16 ore settimanali) da almeno dodici mesi (conclusi) al momento della sottoscrizione del modulo di adesione alla Mutua e al presente Sussidio. La Mutua considererà perdita di lavoro solo ed esclusivamente la perdita di lavoro derivante dalla sotto elencate cause non imputabili in nessun caso a responsabilità dell'Associato stesso e che siano occorse e comunicate al lavoratore in corso di validità del Sussidio:

- 1) Licenziamento per chiusura di attività o procedura concorsuale di cui al R.D. del 16.03.1942 (e successive modifiche) dell'azienda/società/ente datore di lavoro dell'Associato;
- 2) Licenziamento per giustificato motivo oggettivo legato all'attività produttiva, il regolare funzionamento e/o l'organizzazione del lavoro dell'azienda/società/ente datore di lavoro dell'Associato, in conformità alla Legge n. 604/1966 e successive modifiche;
- 3) Licenziamento dovuto a procedure di riduzione del personale (compresa la procedura di mobilità) che siano conformi alle norme in vigore in materia di licenziamenti collettivi.

Nei casi di licenziamento sopra elencati, qualora l'Associato ne faccia richiesta alla Centrale Salute attraverso apposito modulo (scaricabile dall'area riservata della Protezione Mutua o richiedibile al numero verde) corredata di tutta la documentazione necessaria alla corretta indagine da parte della Centrale per la verifica delle condizioni di rimborsabilità, la Mutua provvederà a trasmettere all'associato apposita lettera sull'ammissione all'esonero del versamento dei contributi dovuti e se questi sono stati già versati la Protezione Mutua provvederà alla restituzione degli stessi in favore dell'interessato.

Art. 5.14 – Strumentazione ausiliaria

La Protezione Mutua offre all'Assistito la possibilità di beneficiare in omaggio di uno strumento diagnostico in base a quanto e solo se previsto nel proprio piano sanitario sottoscritto tra:

- Home Test:
- Test PSA Prostata: Test per il controllo della prostata che permette di rilevare il dosaggio PSA "Antigene Prostatico specifico". Tale strumento consente di individuare una neoplasia della prostata in fase iniziale;
- Test Colon-Retto: test domiciliare per la scoperta dei primi segni rilevatori delle malattie del colon retto anche prima dell'apparizione dei sintomi;
- Test Ulcera Helicobacter pylori: test di semplice utilizzo che consente una rapida diagnosi facile da eseguire ed interpretare. Include una lancetta pungo dito, tampone individuale e manuale utente.
- Test Colesterolo: autodiagnosi del colesterolo su sangue intero. Un diagramma di lettura dei dati permette l'immediata quantificazione del valore ottenuto.
- Misuratore di pressione da braccio o da polso: sfigmomanometro pratico e facile da usare, consentendo un rilevamento sicuro dei valori della pressione arteriosa e della frequenza del battito cardiaco, con le seguenti specifiche tecniche:
 - Indicatore IHB di frequenza cardiaca irregolare;
 - Indicatore di rischio categoria OMS;
 - Conformità di protocollo della Società Europea di ipertensione clinicamente dimostrata.
- Orologio I-Health: consente il monitoraggio dell'attività fisica. L'orologio permette di tracciare i propri parametri vitali ovunque e in qualsiasi movimento. Tutti i dati possono essere sincronizzati su smartphone o tablet.

Art. 5.15 - Indennità accompagnatore

Qualora l'associato necessiti, a causa delle proprie condizioni fisiche, di un accompagnatore che lo assista durante il ricovero, visite specialistiche ed esami di alta diagnostica, la Protezione Mutua riconoscerà all'associato stesso un importo pari alla somma, e per la durata, prevista dal piano sanitario prescelto.

Art. 5.16 - Infermiere a domicilio per analisi ematochimiche

Qualora l'associato necessiti, a causa di malattia o infortunio, di eseguire delle analisi ematochimiche dietro regolare prescrizione medica, e sia nella reale impossibilità di poter raggiungere un centro laboratorio analisi o altra struttura abilitata ai prelievi ematochimici, la Protezione Mutua provvederà per il tramite del proprio network convenzionato ad inviare un infermiere a domicilio per eseguire i prelievi ematochimici. L'associato potrà beneficiare della prestazione per il numero di volte e per l'importo previsto dal proprio sussidio scelto.

Sezione 6: Modalità di erogazione delle Prestazioni

6.1 - Centrale Salute

Per tutto il corso di validità del Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute di Protezione Mutua che è incaricata dalla Protezione Mutua di operare come Centrale Salute attraverso il Numero Verde dedicato 800.035.666, attivo dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18,00 per:

- Informazioni generiche sulle prestazioni del Sussidio;
- Informazioni per accedere alle strutture convenzionate;
- Informazioni in merito alle corrette modalità di richiesta di rimborso delle spese sostenute;
- Informazioni sullo stato delle pratiche di rimborso dirette.

Sarà possibile quindi contattare e/o scrivere alla Centrale Salute per ricevere i servizi/prestazioni del presente Sussidio ai seguenti recapiti:

Numero Verde Nazionale: 800.035.666

Numero dall'Estero: +39.0774.608001

Fax: +39.06.89184300

E-mail: info@ipaziaservice.it

Indirizzo: Via Maremmana, 1, Nerola, Fraz. Acquaviva, Roma

6.2 - Gestione appuntamento - presa in carico - info strutture - servizi sanitari

Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà prendere contatto con la Centrale Salute per comunicare il tipo di assistenza richiesto. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Salute, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto alle condizioni in vigore. La banca dati della rete di strutture sanitarie in rapporto di convenzione con la Centrale Salute, in tutta Italia e all'estero, è a disposizione dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00 per ogni informazione in merito a singole strutture convenzionate e loro ubicazione, prestazioni specialistiche, esami diagnostici, ricoveri ed onorari.

6.2.3 - Prenotazione visita odontoiatrica

Rivolgendosi al Servizio Clienti di Protezione Mutua, l'Associato potrà prenotare e far organizzare la visita odontoiatrica presso una struttura convenzionata appartenente al Network, in una data che soddisfi le esigenze dell'Associato stesso e della struttura.

Qualora l'Associato scelga di rivolgersi ad una struttura fuori Network, dovrà comunque indicare all'operatore del Servizio Clienti di Protezione Mutua il nominativo ed il recapito del dentista che eseguirà l'intervento, autorizzando il Servizio Clienti di Protezione Mutua a contattare eventualmente il dentista.

6.3 - Modalità erogazione prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Sussidio possono essere erogate in tre modalità differenti:

- 1) Accesso alle prestazioni in forma diretta**
- 2) Accesso alle prestazioni in forma indiretta**
- 3) Accesso alle prestazioni in forma mista**

1) Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma diretta

È riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario consultabile tramite il sito www.protezionemutua.it senza necessità di anticipare alcun importo, ad eccezione di quanto previsto nel presente regolamento. Tale procedura è prevista nel caso in cui sia la Struttura sanitaria che il medico scelto siano convenzionati con il nostro Network sanitario. La procedura di richiesta in forma diretta deve essere attivata almeno 3 giorni lavorativi prima delle cure previste, previa prenotazione presso la Centrale Operativa da parte dell'Assistito, il quale dovrà inviare l'apposito modulo di pagamento diretto, debitamente compilato in ogni sua parte, e disponibile sul sito www.protezionemutua.it. Dovrà inoltre allegare copia dell'impegnativa medica indicante la diagnosi, secondo le modalità riportate sul modulo stesso. La conferma della autorizzazione a procedere con la prestazione in forma diretta verrà inviata dalla Centrale Salute all'Assistito mediante sms o e-mail. La procedura in forma diretta può essere attivata anche con Procedura On-line, compilando direttamente sul sito www.protezionemutua.it l'apposito format messo a disposizione ed allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi. Nel caso di prestazioni rese in forma diretta, l'Assistito delega la Centrale Salute a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dal Sussidio. Le prestazioni non sanitarie e comunque quelle non garantite dalla garanzia nonché le eventuali quote di spesa a carico dell'Assistito saranno invece direttamente pagate da quest'ultimo al centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica convenzionata sulla base delle relative fatture. L'Assistito deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra. Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'Assistito deve inoltre restituire alla Protezione Mutua gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie, che dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili.

2) Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma indiretta

Gli Assistiti potranno richiedere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute presso Strutture Non Convenzionate con la Centrale Salute, nei limiti e secondo le condizioni previste nel Sussidio di riferimento. La procedura di richiesta di rimborso in forma indiretta deve essere attivata entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità, inviando il modulo di Rimborso Spese Mediche debitamente compilato (e disponibile sul sito www.protezionemutua.it) e allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi, copia delle fatture e dei relativi referti, secondo le modalità riportate sul modulo stesso.

Anche la richiesta in forma indiretta potrà essere presentata mediante compilazione del Modulo On-line sul sito www.protezionemutua.it allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi, copia delle fatture e dei relativi referti. Qualora necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l'integrazione della documentazione atta a verificare correttamente la rimborsabilità/erogazione del contributo economico. Tutta la documentazione suddetta potrà essere inviata in copia e la Centrale Salute potrà, qualora ritenuto opportuno, richiedere l'invio della documentazione in originale. Le fatture e le ricevute inviate in originale verranno restituite all'Assistito successivamente alla definizione della pratica, previa apposizione da parte della Centrale Salute, del timbro di pagamento indicante l'importo rimborsato e la relativa data. In caso di infortunio, la denuncia dell'evento deve essere corredata dalla copia della cartella clinica di pronto soccorso o certificato equivalente di struttura pubblica e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

3) Prestazioni rese in forma mista

Tale caso è configurabile nel momento in cui l'Associato si avvalga di Strutture Mediche NON Convenzionate o di Strutture mediche Convenzionate ma con Equipe medica NON Convenzionata; La Centrale Operativa procederà con il così detto "pagamento misto", ossia verranno applicate i criteri e le modalità previste al precedente punto 1) per le prestazioni rese in forma diretta, e le modalità previste al precedente punto 2) per le prestazioni rese in forma indiretta.

6.4 - Documentazione da inviare per le richieste di rimborso

Ai moduli di richiesta va sempre allegata la seguente documentazione:

- Certificato medico attestante l'esistenza della patologia (Malattia);
- Copia del verbale di pronto soccorso o altro presidio ospedaliero attestante l'infortunio occorso con indicazione della data, luogo e modalità di accadimento;
- Copia della cartella clinica e/o di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'associato;
- Copia delle fatture relative alle spese sostenute, debitamente quietanzate nonché, per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-ricovero, prescrizione medica, scontrino parlante.

Allegati:

A) Elenco Grandi Interventi Chirurgici;

B) Come accedere ai rimborsi.

Elenco Grandi interventi chirurgici

CC	DESCRIZIONE	PER TRATTAMENTI ESEGUITI FUORI NETWORK	PER TRATTAMENTI ESEGUITI NEL NETWORK
Cardiochirurgia	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione	Scoperto 10% con il minimo di € 1.500,00	100% Nei limiti del massimale
	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 Cardiovascolare	Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale	Scoperto 10% con il minimo di € 1.500,00	100% Nei limiti del massimale
	Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache		
Neurochirurgia	Anastomosi dei vasi intra-extra cranici	Scoperto 10% con il minimo di € 1.500,00	100% Nei limiti del massimale
	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	Scoperto 10% con il minimo di € 1.500,00	100% Nei limiti del massimale
	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	Scoperto 10% con il minimo di € 1.500,00	100% Nei limiti del massimale
	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	Scoperto 10% con il minimo di € 1.500,00	100% Nei limiti del massimale
	Vulvectomia allargata con linfadenectomia		
	Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni		
Chirurgia Ortopedica	Artroprotesi totale di anca	Scoperto 10% con il minimo di € 1.500,00	100% Nei limiti del massimale
	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	Scoperto 10% con il minimo di € 1.500,00	100% Nei limiti del massimale
	Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni		
	Laringectomia totale, laringofaringectomia		
	Intervento per neurinoma dell'ottavo paio		
Chirurgia Urologica	Nefrectomia allargata per tumore	Scoperto 10% con il minimo di € 1.500,00	100% Nei limiti del massimale
	Nefro-ureterectomia totale		
	Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia		
	Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale		
	Surrenalectomia		
Trapianto di organi	Tutti	Scoperto 10% con il minimo di € 1.500,00	100% Nei limiti del massimale

Come accedere ai rimborsi

Centrale Salute

Per tutto il corso di validità del Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute di Protezione Mutua che è incaricata dalla Protezione Mutua di:

operare come Centrale Salute attraverso il Numero Verde dedicato 800.035.666, attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13,00 e dalle ore 14:00 alle ore 18:00 per:

- Informazioni generiche sulle prestazioni del Sussidio;
- Informazioni per accedere alle strutture convenzionate;
- Informazioni in merito alle corrette modalità di richiesta di rimborso delle spese sostenute;
- Informazioni sullo stato delle pratiche di rimborso dirette.

Sarà possibile quindi contattare e/o scrivere alla Centrale Salute per ricevere i servizi/prestazioni del presente Sussidio ai seguenti recapiti:

Numero Verde Nazionale: 800.035.666

Numero da cellulare / Estero: +39.0774.608001

Fax: +39.06.89184300

E-mail per richiesta rimborsi: rdr@ipaziaservice.it

Indirizzo: Via Maremmana, 1, Fraz. Acquaviva - Nerola 00017 (RM)

Modalità erogazione prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Sussidio possono essere erogate in tre modalità differenti:

- 1) Accesso alle prestazioni in forma diretta
- 2) Accesso alle prestazioni in forma indiretta
- 3) Accesso alle prestazioni in forma mista

1) Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma diretta

E' riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario consultabile tramite il sito www.agleasalus.it senza necessità di anticipare alcun importo, ad eccezione di quanto previsto nel presente regolamento. Tale procedura è prevista nel caso in cui sia la Struttura sanitaria che il medico scelto siano convenzionati con il nostro Network sanitario. La procedura di richiesta in forma diretta deve essere attivata almeno 3 giorni lavorativi prima delle cure previste, previa prenotazione presso la Centrale Operativa da parte dell'Assistito, il quale dovrà inviare l'apposito modulo di pagamento diretto, debitamente compilato in ogni sua parte, e disponibile sul sito www.protezionemutua.it. Dovrà inoltre allegare copia dell'impegnativa medica indicante la diagnosi, secondo le modalità riportate sul modulo stesso. La conferma della autorizzazione a procedere con la prestazione in forma diretta verrà inviata dalla Centrale Salute all'Assistito mediante sms o e-mail. La procedura in forma diretta può essere attivata anche con Procedura On-line, compilando direttamente sul sito www.protezionemutua.it l'apposito format messo a disposizione ed allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi. Nel caso di prestazioni rese in forma diretta, l'Assistito delega la Centrale Salute a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dal Sussidio. Le prestazioni non sanitarie e comunque quelle non garantite dalla garanzia nonché le eventuali quote di spesa a carico dell'Assistito saranno invece direttamente pagate da quest'ultimo al centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica convenzionata sulla base delle relative fatture. L'Assistito deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra. Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'Assistito deve inoltre restituire alla Protezione Mutua gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie, che dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili.

2) Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma indiretta

Gli Assistiti potranno richiedere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute presso Strutture Non Convenzionate con la Centrale Salute, nei limiti e secondo le condizioni previste nel Sussidio di riferimento. La procedura di richiesta di rimborso in forma indiretta deve essere attivata entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità, inviando il modulo di Rimborso Spese Mediche debitamente compilato (e disponibile sul sito www.protezionemutua.it) e allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi, copia delle fatture e dei relativi referti, secondo le modalità riportate sul modulo stesso.

Anche la richiesta in forma indiretta potrà essere presentata mediante compilazione del Modulo On-line sul sito www.protezionemutua.it allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi, copia delle fatture e dei relativi referti. Qualora necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l'integrazione della documentazione atta a verificare correttamente la rimborsabilità/ erogazione del contributo economico. Tutta la documentazione suddetta potrà essere inviata in copia e la Centrale Salute potrà, qualora ritenuto opportuno, richiedere l'invio della documentazione in originale. Le fatture e le ricevute inviate in originale verranno restituite all'Assistito successivamente alla definizione della pratica, previa apposizione da parte della Centrale Salute, del timbro di pagamento indicante l'importo rimborsato e la relativa data. In caso di infortunio, la denuncia dell'evento deve essere corredata dalla copia della cartella clinica di pronto soccorso o certificato equivalente di struttura pubblica e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

3) Prestazioni rese in forma mista

Tale caso è configurabile nel momento in cui la Struttura Sanitaria è convenzionata con la Centrale Salute, ma l'equipe medica no; La Centrale Operativa procederà con il così detto "pagamento misto", ossia verranno applicate i criteri e le modalità previste al precedente punto 1) per le prestazioni rese in forma diretta, e le modalità previste al precedente punto 2) per le prestazioni rese in forma indiretta.

Documentazione da inviare per le richieste di rimborso

Ai moduli di richiesta va sempre allegata la seguente documentazione:

- Certificato medico attestante l'esistenza della patologia (Malattia);
- Copia del verbale di pronto soccorso o altro presidio ospedaliero attestante l'infortunio occorso con indicazione della data, luogo e modalità di accadimento;
- Copia della cartella clinica e/o di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'associato;
- Copia delle fatture relative alle spese sostenute, debitamente quietanzate nonché, per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-ricovero, prescrizione medica, scontrino parlante.

Strutture convenzionate

Le prestazioni di assistenza sono garantite capillarmente e qualitativamente grazie a 4.353 centri e professionisti convenzionati in tutta Italia, fra cui:

- 2.223 tra Case di Cura, Aziende Ospedaliere, Centri diagnostici, Laboratori di Analisi, Ambulanze, Medici, Infermieri, Fisioterapisti, Dentisti, Ottici, personale paramedico