

Regolamento del Sussidio mutualistico **ITALIANI ALL'ESTERO**

Il Presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento Applicativo dello Statuto della Società di Mutuo Soccorso “Mutua Sicura – Società di Mutuo Soccorso”

Edizione 2022

INDICE	PAGINA
SEZIONE 1.: GLOSSARIO	3
SEZIONE 2.: NORME GENERALI	11
SEZIONE 3.: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON SIA ESPRESSAMENTE DEROGATO)	15
SOSTEGNO ANNUO	21
SEZIONE 4.: AREA OSPEDALIERA	21
Modalità di erogazione delle prestazioni	21
SEZ. 4.1 - AREA OSPEDALIERA – RICOVERO, INTERVENTO E ALTRE PRESTAZIONI OSPEDALIERE nello Stato estero di residenza	22
A. RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO, DAY SURGEY, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE nello Stato estero di residenza	22
B. RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL nello Stato estero di residenza	23
SEZ. 4.2 - AREA OSPEDALIERA – RICOVERO, INTERVENTO E ALTRE PRESTAZIONI OSPEDALIERE in Italia	24
C. RICOVERI CON/SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY SURGEY, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE in Italia	24
SEZ. 4.3 - AREA OSPEDALIERA – INDENNITA’	26
D. INDENNITA’ SOSTITUTIVA IN CASO DI RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO, DAY SURGEY, DAY HOSPITAL	26
SEZ. 4.3 - AREA OSPEDALIERA – SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO	27
E. SERVIZIO DI RIENTRO SANITARIO IN ITALIA	27
SEZIONE 5.: AREA SOSTEGNO	27
SEZ. 5.1 - AREA SOSTEGNO – PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE	27
ALLEGATO 1 - ELENCO DEGLI “INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA”	28

SEZIONE 1.: GLOSSARIO

Aborto

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto Spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni del feto.

Anno

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessanta sei in caso di anno bisestile.

Assistenza Diretta/Autorizzazione Diretta

Modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio presso strutture sanitarie utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con Mutua Sicura e/o con società da quest'ultima autorizzata, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A. (di seguito anche Health Assistance o Centrale Salute); in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di Mutua Sicura alle strutture ed ai Medici/personale Convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Associato ove previste). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di Mutua Sicura.

Assistenza Indiretta/Autorizzazione Indiretta

Modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio in base alla quale la Mutua Sicura rimborsa le spese all'Associato dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente sussidio. L'Assistenza Indiretta/Autorizzazione Indiretta è prestata anche presso i Centri Convenzionati con il Network (c.d. Assistenza Indiretta in Network/ Autorizzazione Indiretta in Network).

Assistenza infermieristica

Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista.

Associato

Persona fisica iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, cittadino della Repubblica Italiana o cittadino straniero residente in Italia. Sono Associati anche i familiari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento e dell'art. 11 del Regolamento Applicativo dello Statuto di Mutua Sicura.

Attività professionale

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

Carenza

Periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle prestazioni. Qualora l'evento avvenga in tale periodo, Mutua Sicura non corrisponde il Rimborso della prestazione prevista dal Sussidio.

Cartella Clinica

Documento ufficiale, coperto da pubblica fede nei casi di legge, redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nel Sussidio Sanitario, la Cartella Clinica, da qualunque tipologia di struttura sanitaria essa provenga, è considerata atto imm modificabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione del Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento, l'Associato accetta, espressamente e senza riserva alcuna, che non è ammessa qualsivoglia alterazione o modifica o aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo, anche se protesa al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti.

Mutua Sicura si riserva di valutare eventuali variazioni postume alla Cartella Clinica, solo ove le stesse siano datate, predisposte e firmate dallo stesso pubblico ufficiale che l'ha formata e siano controfirmate dal Direttore Sanitario, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

Centrale Salute

Gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di Rimborso e delle Prese in Carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Associati per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (<https://www.healthassistance.it>).

Centro Convenzionato

Ospedali, Istituti a Carattere scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Centri polispecialistici, Laboratori di analisi, Centri fisioterapici, Studi medici specialistici, Studi Odontoiatrici e qualsiasi altra Struttura/Professionista che abbia stipulato un accordo con la Centrale Salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni oggetto del Sussidio sia in caso di Assistenza Diretta che Indiretta.

Centro diagnostico

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

Ciclo di cura

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

Convalescenza

Periodo di tempo successivo ad un Ricovero, prescritto dai Medici ospedalieri nella Cartella Clinica al momento delle dimissioni, necessario per la guarigione clinica, durante il quale l'Associato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Cure termali

Trattamenti effettuati in Centri/Stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

Data evento

Per i Ricoveri (ordinari o diurni) o Interventi chirurgici ambulatoriali si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento; per le altre prestazioni previste dal presente Sussidio e presentate in un'unica richiesta, farà fede la data della prima prestazione eseguita per patologia/quesito diagnostico.

Data insorgenza patologia

La data in cui lo stato patologico si è manifestato (con sintomatologia interna oppure esterna all'organismo). Per la definizione di patologia pregressa ai sensi del presente Sussidio sarà ritenuta data di prima insorgenza anche quella in cui lo stato patologico è stato diagnosticato e/o è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

Day Hospital

Degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi. I ricoveri in regime di Day Hospital in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da Mutua Sicura e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

Day Surgery

Degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti chirurgici. I ricoveri in regime di Day Surgery in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da Mutua Sicura e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

Decadenza

Termine massimo entro il quale presentare la documentazione a corredo della domanda di erogazione delle prestazioni (incluse le richieste di rimborso in forma diretta), anche se di data antecedente alla domanda di adesione. La mancata presentazione della documentazione completa e conforme alle richieste di Mutua Sicura, entro 120 giorni dalla data dell'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni, comporta la decadenza dal diritto al rimborso e al pagamento delle prestazioni, incluse quelle eseguite in forma diretta. L'eventuale sospensione dell'istruttoria della pratica non interrompe il decorrere del termine di 120 giorni sopra

indicato. Dunque, nel caso di sospensione, il Socio ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, purché ciò avvenga sempre entro 120 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni. Decorsi 60 giorni, la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120 giorni per non incorrere nella suddetta decadenza.

Difetto Fisico

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

Evento

Il fatto (determinato da patologia o Infortunio) per il quale operano le prestazioni del presente Sussidio. In caso di Ricovero ordinario, e di trasferimento da una Struttura Sanitaria ad un'altra (es. da pubblica a privata e viceversa o da privata a privata), lo stesso si considererà "evento unico" allorquando avvenuto senza soluzione di continuità. In quanto evento unico non potranno cumularsi Rimborsi relativi a differenti prestazioni.

Guida operativa per accesso ai servizi e alle prestazioni

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

Health Point

Società convenzionata con la Centrale Salute impegnata nella sanità integrativa e nel welfare aziendale, promuovendo un corretto stile di vita e benessere e prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line. Per ulteriori informazioni si consulti il sito <https://www.healthpointitalia.com/>.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato da Mutua Sicura per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del parto e/o dell'aborto terapeutico ove previsti). L'Indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o ad esso comunque connesse.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, e che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal presente Sussidio.

Infortunio odontoiatrico

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Integratori alimentari/dispositivi medici naturali

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

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

Intervento chirurgico

L'atto medico, con diretta finalità terapeutica realizzato mediante cruentazione dei tessuti, e mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture. Sempre che non sia diversamente regolato all'interno della specifica prestazione sul presente Sussidio, sono considerati Interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendosi per tali quelli che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi biotici ecc. non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Intervento chirurgico (come sopra definito) eseguito in ambulatorio senza Ricovero (e quindi senza degenza ancorché diurna). Gli interventi ambulatoriali in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da Mutua Sicura e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

Istituto di Cura

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

Lesioni da sforzo/atto di forza

Lesioni causate da eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità, dalle ordinarie abitudini di vita dell'Associato.

Malattia

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

Malattia oncologica

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

Malformazione

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

Manifestazione

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

Massimale/sub-massimale

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

Medico

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

Mutua

Società di Mutuo Soccorso Mutua Sicura (ora innanzi anche Mutua Sicura).

Patologia pregressa

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

Pratica

L'insieme completo in sé stesso di tutti i documenti relativi all'evento per il quale si chiede Rimborso o Indennizzo nei termini del presente Sussidio.

Premorienza

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

Prestazione

Servizi o altra forma di tutela previste dal Sussidio e per i quali si prevede un rimborso o una diaria o una indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dal Sussidio stesso.

Salvo quanto esplicitamente e diversamente previsto, il presupposto dell'operatività delle prestazioni è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

Presa in carico (P.I.C.)

Documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Associato e in ottemperanza a quanto previsto nel presente Sussidio, invia ai Centri convenzionati per il servizio di accesso alle prestazioni in forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal Sussidio. L'Autorizzazione alla presa in carico costituisce nulla osta all'attivazione del servizio in forma diretta; in nessun caso l'Autorizzazione alla Presa in Carico dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito delle ulteriori valutazioni documentali e quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata da parte della Struttura Sanitaria; l'Associato si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non oggetto di autorizzazione, non rimborsabili/escluse sulla base del Sussidio sottoscritto, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse/indicate in fase di autorizzazione ma comunque previste dal presente Sussidio.

Quote di spesa a carico del Socio

Importi di spesa che rimangono a carico dell'Associato espressi in percentuale e/o in quota fissa.

Regolamento

Il presente documento disciplinante le prestazioni ricomprese nella Copertura Sanitaria.

Ricovero improprio

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

Ricovero ordinario

La degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da Cartella Clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti medici e/o terapeutici e/o chirurgici, purché tale periodo di presenza in ambito ospedaliero comprenda un minimo di ore continuative pari ad almeno 20 (c.d. periodo di osservazione breve) e venga debitamente documentato da apposita certificazione ospedaliera. I Ricoveri Ordinari in struttura privata devono essere preventivamente autorizzati per iscritto da Mutua Sicura e/o da Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche secondo le modalità descritte nella garanzia specifica a cui si rimanda e meglio indicate all'interno della Guida Operativa.

Ricovero ordinario in emergenza

Il ricovero di un Assistito nei soli casi di funzioni vitali gravemente compromesse

Rimborso

la somma dovuta dalla Mutua all'Associato in caso di evento e prestazione rimborsabile.

Statuto e Regolamento Applicativo di Mutua Sicura

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

Visita specialistica

La visita ambulatoriale o domiciliare o consulto eseguita da Medico specialista in possesso del titolo di specializzazione che risulti chiaramente dal documento di spesa, per diagnosi e terapie cui tale specializzazione è destinata.

SEZIONE 2.: NORME GENERALI

Art. 1 – Oggetto

Oggetto del presente Sussidio è l'erogazione di prestazioni, ovvero il rimborso delle spese sanitarie, a favore degli Associati in conseguenza caso di infortunio e malattia.

Art. 2 – Persone Associate

È persona associata il Titolare del Sussidio che ha sottoscritto il modulo di adesione a Mutua Sicura richiedendo attivazione del Sussidio stesso. Il Sussidio può essere sottoscritto anche in formula “Nucleo” estendendo il diritto alle prestazioni ai familiari i cui nominativi siano stati espressamente indicati dal Titolare in fase di adesione compatibilmente con le prestazioni previste dal presente Sussidio e con l'art. 3 del Regolamento Applicativo dello Statuto Mutua Sicura.

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al Regolamento Attuativo (art. 9), per beneficiare delle prestazioni. È altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del Sussidio (vedi Art. 4).

Per nucleo si intendono, oltre al Titolare del Sussidio, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni di età, purché conviventi.

Sono inoltre inclusi nel Nucleo Familiare i figli oltre i 26 anni, conviventi con il titolare del Sussidio a condizione che questi ultimi siano fiscalmente a carico (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata apposita autocertificazione in merito) oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66% (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito).

È equiparato al convivente more uxorio anche il convivente dello stesso sesso dell'Associato a condizione che gli stessi siano uniti da reciproci vincoli affettivi, che non vi sia parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno e che convivono stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale.

Art. 3 – Limiti di età

L'adesione al presente Sussidio è possibile per tutte le persone che alla data di attivazione non abbiano compiuto gli 80 anni di età.

L'adesione al presente Sussidio prosegue anche superati gli 80 anni a condizione che l'Associato rinnovi, senza soluzione di continuità, di anno in anno l'adesione al Sussidio. In caso di cessazione dell'adesione, una nuova adesione potrà avvenire soltanto con le specifiche modalità previste per i Sussidi sanitari che ammettono l'adesione di Associati che abbiano già compiuto 80 anni.

Quanto previsto ai commi che precedono si intende valido anche nel caso di adesione al Sussidio per tutto il Nucleo familiare; in particolare, qualora uno dei componenti del Nucleo familiare abbia già compiuto gli 80 anni di età, l'adesione al presente Sussidio sarà possibile:

- Nella formula “Singolo”: per il solo componente del Nucleo familiare con meno di 80 anni;

- Nella formula “Nucleo”: per tutti i componenti del Nucleo familiare con meno di 80 anni, esclusi quindi coloro che abbiano già superato detto limite di età.

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

Art. 4 – Variazioni del Nucleo Familiare in corso di anno: inclusione assistiti

Qualora sia prevista l’inclusione del Nucleo Familiare (v. precedente Art. 2 – Persone Associate), l’Associato Titolare deve comunicare immediatamente le variazioni del proprio stato familiare a Mutua Sicura in forma scritta, entro e non oltre 30 giorni dall’avvenuta variazione:

- nascita/adozione/affidamento prolungato (risultante dallo stato di famiglia) di un figlio;
- matrimonio;
- insorgere di convivenza;
- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

Se non diversamente comunicato da Mutua Sicura, e fermo restando il pagamento dell’eventuale contributo dovuto, l’inclusione dei nuovi assistiti nel Sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del Sussidio stesso.

Resta inteso che, per i nuovi Associati, ai fini dell’applicazione, ove previsti, delle Carenze di cui all’art. 16 e delle Pregresse di cui all’art. 17 verrà considerata come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

Art. 5 – Contributi

L’ammontare del contributo che i soci devono versare per le prestazioni e i Sussidi erogati è stabilito dal CdA di Mutua Sicura ed è differenziato a seconda del Sussidio.

Art. 6 – Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

Il pagamento del contributo può essere corrisposto a Mutua Sicura in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili, previa autorizzazione dell’Associato al pagamento delle rate successive mediante RID bancario o carta di credito.

Il Sussidio decorre dalle ore 00:00 del giorno del giorno successivo al pagamento.

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

Se l’Associato non paga la prima rata di contributo o le rate successive, la prestazione resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso giorno e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Durante il periodo di sospensione non verrà erogata alcuna prestazione richiesta, anche se riferibile ad un momento pregresso rispetto al verificarsi dell’insolvenza.

La Società, ricevuto il pagamento dei contributi arretrati, si riserva di svolgere le verifiche bancarie ed amministrative relative al versamento e, nel caso in cui i riscontri siano positivi, riattiverà l'erogazione delle prestazioni.

Nel caso l'irregolarità contributiva superi i 180 gg, il socio decade dalla propria qualifica perdendo ogni diritto.

Art. 7 – Durata, tacito rinnovo e revoca del Sussidio

Il presente Sussidio ha validità di 3 anni (tre) decorrente dal giorno di cui all'art. 6. Il Sussidio si intende rinnovato di anno in anno successivamente al primo triennio con l'obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste, salvo che il Socio non invii comunicazione di non rinnovo mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza triennale ovvero annuale a partire dal quarto anno di copertura.

Il Socio recedente non ha diritto al Rimborso di alcuna somma versata.

In ogni caso Mutua Sicura entro 90 giorni dalla scadenza triennale e successivamente annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Associato le condizioni di rinnovo per la successiva annualità.

La revoca dal Sussidio prima del suddetto termine potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) decesso dell'Associato o di un suo familiare Associato;
- b) divorzio;
- c) venir meno di convivenza per il convivente more uxorio;
- d) variazione delle condizioni contributive,
- e) iscrizione – per un familiare – ad una copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

Nel caso di revoche a seguito degli eventi di cui alle precedenti lett. b), c), d) e e) il relativo recesso dovrà essere effettuato dall'Associato Titolare. Fermo restando il versamento dei relativi contributi, la copertura sanitaria resterà in vigore sino alla prima scadenza annuale.

Art. 8 – Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Associato al momento della domanda di ammissione o, successivamente, ai fini di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di Evento rimborsabile in base al presente Sussidio.

Nel caso di simulazione del verificarsi delle condizioni necessarie ad ottenere il Rimborso, Mutua Sicura si riserva di deliberare l'immediata esclusione del socio senza restituzione dei contributi nel frattempo versati.

Art. 9 – Sussidio a favore di terzi

Se il presente Sussidio è stipulato a favore di terzi, gli obblighi che derivano dal Regolamento devono essere adempiuti dal titolare, richiedendo, ove necessario, la cooperazione delle persone garantite.

Art. 10 - Comunicazioni e modifiche

Le comunicazioni inerenti al rapporto associativo o le variazioni ed integrazioni al presente Sussidio sanitario avverranno nelle modalità indicate e accettate, sottoscrivendo la domanda di adesione, oltre che specificate all'interno del Regolamento Attuativo dello Statuto.

Art. 11 - Risoluzione delle Controversie

Ogni e qualsivoglia controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e Mutua Sicura, anche in dipendenza di una diversa interpretazione, validità, efficacia, esecuzione o risoluzione del presente Sussidio, dello Statuto di Mutua Sicura nonché della domanda di adesione, sarà devoluta in via esclusiva al Foro di Roma.

Art. 12 - Massimali /sub-Massimali

Tutti i Massimali menzionati nel presente Sussidio, nonché gli eventuali sub-Massimali relativi a specifiche prestazioni, sono da intendersi per anno di validità del Sussidio, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole prestazioni.

Inoltre, ogni Massimale o sub- Massimale indicato è da intendersi unico e complessivo per tutti gli eventuali componenti del Nucleo Familiare, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole prestazioni.

Tutti i Massimali e sub- Massimali previsti dal presente Sussidio saranno pertanto da intendersi anno/nucleo.

Art. 13 - Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con Mutua Sicura più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di Indennità o indennizzo) tra le prestazioni riconosciutegli dai vari Sussidi sottoscritti.

Art. 14 - Limiti territoriali

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

Art. 15 - Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto di Mutua Sicura, il Regolamento Applicativo dello Statuto in vigore e la Guida Operativa che sono consultabili nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di Mutua Sicura www.mtuasicura.it.

SEZIONE 3.: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON SIA ESPRESSAMENTE DEROGATO)

Art. 16 – Carenze

Non previsti periodi di carenza.

Art. 17 – Patologie Progresse

Tutte le prestazioni oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di attivazione dello stesso si intendono espressamente escluse.

Altresì si intenderanno escluse tutte le prestazioni oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di malattie o stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di decorrenza del presente Sussidio.

È altresì escluso il diritto alle prestazioni di cui al presente Sussidio qualora l'Associato, al momento della richiesta di prestazione o successivamente, abbia omissso di dichiarare o abbia fornito dichiarazioni imprecise o mendaci in merito alla sussistenza di patologie, infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione o della richiesta di rimborso o inerenti i presupposti per ottenere la prestazione.

Trascorsi 3 anni di attivazione ininterrotta del presente Sussidio, l'inclusione delle patologie progresse opera come segue:

- dopo il terzo anno, ovvero a decorrere dal 37° mese di adesione ininterrotta, le progresse sono riconosciute al 50%;
- dopo il settimo anno, ovvero a decorrere dal 85° mese di adesione ininterrotta, le progresse sono riconosciute al 75%.

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

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

Sono escluse tutte le spese – ove previste dalla copertura del presente Sussidio - relative allo stato di gravidanza ed al Parto qualora la gestazione abbia avuto inizio precedentemente alla data di adesione del presente Sussidio Sanitario.

Art. 18 – Esclusioni

Sono escluse dal presente Sussidio sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche prestazioni):

- a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso;
- c. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- d. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- e. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del Sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;
- f. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- g. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, e in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del Sussidio;
- h. l'asportazione di neoformazioni epiteliali la cui malignità non sia accertata da esame istologico;
- i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
- j. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da Medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- l. la cura delle Malattie professionali e sindromi correlate, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/ o integrazioni;
- m. le prestazioni erogate da Medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione rilasciata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;

- n. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana;
- o. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- p. il parto naturale o cesareo;
- q. l'Aborto volontario non terapeutico;
- r. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato;
- s. le prestazioni relative a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo espressamente derogato;
- t. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
- u. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- v. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- w. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- x. gli Infortuni conseguenti alla pratica di:
- sport aerei in genere (volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, ecc.);
 - sport estremi (alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. o in solitaria, arti marziali miste, bmx, cayoning, deep water Soloing, downhill, freefly, free running, free climbing, freeskiing, freestyle Motocross, funambolismo, hydrospeed, immersione in apnea, immersione in grotta, kitesurfing, land boarding, mountainboard, parkour, pattinaggio aggressive, rafting, rugby subacqueo, sandboarding, sci di velocità, skimboarding, slackline, speleologia, snowkiting, snowboard cross, streetluge, tricking (arte marziale), tuta alare, wakeboard, ecc.);
 - attività ludiche pericolose (pugilato, lotta, arti marziali in genere, atletica pesante, discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, bungee jumping, bob, skeleton, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista, motonautica, navigazione in mare in solitaria);
 - gare motoristiche e/o motonautiche;
 - sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione.

- y. gli Infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- z. gli Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- aa. gli Infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- bb. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- cc. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- dd. le conseguenze di guerre e terrorismo nucleare, biologico o chimico;
- ee. i Ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- ff. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi. Esclusivamente in tale caso, a insindacabile giudizio di Mutua Sicura, espresso anche in base alla valutazione delle circostanze specifiche, potrà essere eccezionalmente riconosciuto il rimborso delle spese e l'erogazione delle prestazioni connesse all'evento, subordinatamente alla presentazione da parte dell'associato di comunicazione della Compagnia assicurativa del terzo danneggiante che rigetta la richiesta di indennità ovvero riconosce tale indennità in una misura inferiore rispetto a quella prevista applicando i massimali di cui al presente sussidio;
- gg. spese per il trasporto del plasma;
- hh. Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Art. 19 – Modalità di erogazione del servizio

La richiesta di accesso alle prestazioni deve essere presentata nel rispetto delle tempistiche, delle Modalità operative e corredata da tutta la documentazione indicata nei Sussidi Sanitari e nella Guida Operativa, mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica messa a disposizione del Socio.

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché per la gestione dei relativi Rimborsi si rimanda alla Guida Operativa aggiornata che forma parte integrante del presente Sussidio ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di Mutua Sicura www.mutuasicura.it.

Mutua Sicura si riserva di aggiornare la Guida Operativa fornendone debita e preventiva comunicazione attraverso il sito www.mutuasicura.it.

Per richieste di ricovero con o senza intervento chirurgico in regime ordinario e diurno e per gli interventi ambulatoriali è necessario, trasmettere alla Centrale Salute il preventivo di spesa sia per quelle in forma diretta che per quelle a rimborso.

In particolare, è necessario prendere attenta visione della procedura relativa alle richieste di ricovero con o senza intervento chirurgico in regime ordinario e diurno e per gli interventi ambulatoriali (ad esclusione dei punti A e B riportati alla SEZIONE 4.: AREA OSPEDALIERA).

Per queste tipologie di prestazioni è necessario, infatti, procedere ad una preventiva “Richiesta di nulla osta alle prestazioni” sia per quelle in forma diretta che per quelle a rimborso.

Il socio dovrà mettersi in contatto preventivamente con la Centrale Salute che prenderà in carico la richiesta e ne valuterà le migliori condizioni e le relative modalità di erogazione.

In caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione Intramoenia anche allargata (ALPI), il rimborso della prestazione è subordinato alla:

- presentazione, nei termini previsti dalla Guida Operativa, del preventivo fornito dall’Azienda Ospedaliera all’Assistito e da questi preventivamente e formalmente accettato;
- presentazione della Deliberazione dell’Azienda Ospedaliera di appartenenza dei Professionisti (secondo le normative regionali vigenti in materia di libera professione ALPI) contenente l’autorizzazione all’esecuzione delle prestazioni richieste unitamente alle tariffe autorizzate da medesima azienda ospedaliera.

Art. 20 – Documentazione per la presentazione delle richieste

Mutua Sicura stabilisce nel rispetto dello Statuto la documentazione da produrre in modo completo a supporto di ciascuna domanda di erogazione delle prestazioni.

Il Socio si impegna a fornire a Mutua Sicura la documentazione richiesta, anche di data antecedente alla domanda di adesione. Il Socio rilascia preventiva e specifica autorizzazione a Mutua Sicura a richiedere tale documentazione a terzi, nel rispetto delle vigenti normative.

Si evidenzia che Mutua Sicura potrà richiedere in ogni momento (sia prima del Rimborso sia a Rimborso effettuato) la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incomplete o presentino grafie diverse oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

Art. 21 – Tempi di presentazione delle richieste

La documentazione a corredo della domanda di rimborso sia in caso di Indennità che di Assistenza indiretta che di Assistenza Diretta sopra definite, deve essere presentata in modo completo e conforme alle richieste di Mutua Sicura, entro 120 giorni dalla data dell’evento ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 120 giorni dalla data delle dimissioni. Il socio si impegna a tal fine a presentare, o a far sì che le strutture e i professionisti presso i quali è stata eseguita la prestazione presentino entro il suddetto termine, la documentazione completa a Mutua Sicura o al service provider dalla stessa incaricato. La mancata presentazione della domanda di rimborso e della documentazione completa (anche in caso di prestazione effettuata in forma diretta) entro il predetto termine comporta la decadenza dal diritto al riconoscimento dell’Assistenza (Diretta/Indiretta/Indennitaria).

La sospensione dell’istruttoria della pratica di Rimborso non interrompe la decadenza indicata. Pertanto, nel caso di sospensione, l’Associato ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 120 gg dall’evento. Decorsi 60 gg, la richiesta verrà respinta e l’Associato dovrà presentare nuova e

completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120gg dall'evento oltre i quali il suo diritto decade.

L'Associato è inoltre tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita di Medici incaricati da Mutua Sicura per qualsiasi indagine e/o accertamento che questa ritenga necessario, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i Medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 22 – Tempi di Rimborso

○ **Prestazioni effettuate in Autorizzazione Diretta/Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con la Centrale Salute.**

Le spese relative alla prestazione erogata in Autorizzazione Diretta/Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con il Network verranno corrisposte da Mutua Sicura direttamente alle Strutture/professionisti a termini del presente Sussidio e solo subordinatamente all'esito positivo di rimborsabilità conseguente all'analisi della documentazione medica e di spesa completa inoltrata dalla Struttura/professionista alla Centrale Salute (in ciò il rilascio dell'Autorizzazione costituendo mero strumento di attivazione del servizio).

○ **Prestazioni effettuate in Assistenza Indiretta**

Mutua Sicura provvederà alla lavorazione delle richieste e al Rimborso di quanto dovuto a termini del presente Sussidio di norma entro 40 giorni lavorativi dalla data di presentazione della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria. La sospensione per documentazione mancante da parte della Centrale Salute interrompe tali tempi che decorreranno nuovamente e per intero dalla data di presentazione della documentazione in modo completo da parte dell'Associato.

A tal proposito si rammenta che la Centrale Salute non sarà tenuta alla verifica che la documentazione mancante si trovi in altre richieste precedentemente inviate dall'Associato. Ogni richiesta dovrà essere presentata in modo completo in sé stesso.

SOSTEGNO ANNUO

Il Massimale annuo riconosciuto per il complesso degli eventi e prestazioni indicati nel presente Sussidio è pari a **€ 50.000,00 per Anno/Nucleo**.

SEZIONE 4.: AREA OSPEDALIERA

Modalità di erogazione delle prestazioni

L'Assistito che necessita di una prestazione ricompresa nell'Area Ospedaliera, ad esclusione del punto A e del punto B, a causa di eventi compresi nei termini del presente Sussidio, presenta alla Centrale Salute una *richiesta di nulla osta* esponendo le motivazioni della richiesta. Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante del presente Sussidio

In linea generale, al fine di fornire la migliore Assistenza in caso di prestazioni rientranti nella presente sezione e da fruirsì presso Struttura Privata, il Socio dovrà preventivamente contattare la Centrale Salute al numero verde dedicato fornendo le necessarie indicazioni in modo che possa essere presa in carico la Sua richiesta. La Centrale Salute concorderà con il Socio le relative modalità di erogazione e di Assistenza.

Mutua Sicura e/o Società da quest'ultima incaricata per la gestione delle pratiche concede:

- l'autorizzazione all'accesso dell'Assistito presso una struttura convenzionata concordata con la Centrale Salute, provvedendo alla liquidazione diretta alla Struttura e ai Professionisti /Personale Convenzionati delle spese relative ai servizi erogati, senza applicazione di alcuna quota a carico dell'Assistito (Autorizzazione all'Assistenza Diretta);
- l'autorizzazione all'accesso dell'Assistito presso una struttura convenzionata non concordata con la Centrale Salute, provvedendo al rimborso delle spese dietro presentazione della documentazione medica e di spesa, escluse eventuali quote a carico dell'Assistito ove previste (Autorizzazione all'Assistenza Indiretta in Network);
- l'autorizzazione all'accesso dell'Assistito presso una struttura non convenzionata non concordata con la Centrale Salute, provvedendo al rimborso delle spese dietro presentazione della documentazione medica e di spesa, escluse eventuali quote a carico dell'Assistito ove previste (Autorizzazione Indiretta fuori Network).

In caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione Intramoenia anche allargata (ALPI), il rimborso della prestazione è subordinato alla presentazione, nei termini previsti dalla Guida Operativa, del preventivo fornito dall'Azienda Ospedaliera all'Assistito e da questi preventivamente e formalmente accettato. Rimarrà a carico del socio la parte eccedente la tariffa prevista e pubblicizzata dall'Azienda Ospedaliera e, solo nel caso di mancata pubblicazione della medesima così come previsto dalle norme di legge e nei termini di cui alla Guida Operativa, allora la prestazione non verrà riconosciuta. Per le prestazioni Intramoenia anche allargata non è in ogni caso prevista la modalità di Assistenza diretta e verranno applicate le condizioni di rimborso previste per quella prestazione, in assistenza indiretta in o out network, a seconda del caso specifico.

In caso di ricovero in emergenza in strutture a pagamento si deroga alla richiesta di preventiva autorizzazione, fermo restando la notifica dell'evento entro tre giorni dal suo verificarsi.

Se l'Assistito necessita di una prestazione specialistica prima e dopo il Ricovero, a causa di eventi compresi nei termini del presente Sussidio e secondo quanto previsto nella presente **SEZIONE 4 – AREA OSPEDALIERA**, presenta alla Centrale Salute una richiesta di Presa in Carico (PIC) esponendo le motivazioni della richiesta. Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante del presente Sussidio.

Mutua Sicura non rimborsa alcuna prestazione relativa all'area ospedaliera, effettuata dall'Associato sia presso una struttura convenzionata che non convenzionata, per la quale non sia stato rilasciato nulla osta dalla Centrale Salute.

SEZ. 4.1 - AREA OSPEDALIERA – RICOVERO, INTERVENTO E ALTRE PRESTAZIONI OSPEDALIERE nello Stato estero di residenza

A. RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO, DAY SURGEY, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE nello Stato estero di residenza

In caso di **Ricovero ordinario con intervento chirurgico, Day Surgery, Intervento chirurgico ambulatoriale** reso necessario da malattia e infortunio che risultino compresi nei termini del presente Sussidio, Mutua Sicura provvede a rimborsare, nel limite del **Massimale annuo/nucleo** pari a **€ 30.000,00** (elevato a **€ 50.000,00** in caso di **Ricovero per Grande Intervento Chirurgico**, secondo l'**elenco** esaustivo riportato nell'Allegato 1 "**Elenco degli Interventi di Alta Chirurgia**") le spese inerenti al Ricovero ed all'eventuale intervento chirurgico, come di seguito riportato:

i) Assistenza durante il Ricovero

- prestazioni del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, nonché diritti di sala operatoria;
- materiali di intervento (ivi compreso apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento);
- esami, cure, assistenza medica ed infermieristica;
- medicinali, somministrati durante il Ricovero;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;

- rette di degenza (escluse le spese voluttuarie);
- sostegno all'accompagnatore, ossia le spese di vitto e pernottamento sostenute per l'accompagnatore presso l'Istituto di cura, con il limite di € 40,00 al giorno con un massimo di 30 giorni annui (per 30 giorni si intende il periodo massimo complessivo previsto per questa prestazione).

ii) Prestazioni sociali di rilievo sanitario

- trasporto dell'Assistito (ambulanza), in caso di necessità medica documentata, a e da istituto di cura ad un altro, all'estero, con un massimo di € 2.000,00 per annualità/nucleo;
- rientro della salma dall'estero, nel limite di € 3.000,00 per evento.

A fronte delle prestazioni elencate, l'Assistito, nei massimali ivi previsti, non sostiene **alcuna spesa a suo carico**.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

B. RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL nello Stato estero di residenza

In caso di **Ricovero ordinario senza intervento chirurgico** reso necessario da malattia e infortunio che risultino compresi nei termini del presente Sussidio, Mutua Sicura provvede a rimborsare, nel limite del **Massimale annuo/nucleo** pari a **€ 20.000,00**, le spese inerenti al Ricovero, come di seguito riportato:

i) Assistenza durante il Ricovero

- onorari per prestazioni mediche specialistiche;
- assistenza medica ed infermieristica;
- esami e accertamenti diagnostici;
- medicinali, somministrati durante il Ricovero;
- rette di degenza (escluse le spese voluttuarie);
- sostegno all'accompagnatore, ossia le spese di vitto e pernottamento sostenute per l'accompagnatore presso l'Istituto di cura, con il limite di € 40,00 al giorno con un massimo di 30 giorni annui (per 30 giorni si intende il periodo massimo complessivo previsto per questa prestazione).

ii) Prestazioni sociali di rilievo sanitario

- rientro della salma dall'estero, nel limite di € 3.000,00 per evento.

A fronte delle prestazioni elencate, l'Assistito, nei massimali ivi previsti, non sostiene **alcuna spesa a suo carico**.

I farmaci oncologici sono rimborsati solo se somministrati nell'ambito di un ricovero. È escluso il rimborso di farmaci consegnati dalla Struttura per l'assunzione a domicilio, non è dunque riconosciuto il ricovero notturno/diurno per la sola consegna di farmaci per terapia domiciliare.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

SEZ. 4.2 - AREA OSPEDALIERA – RICOVERO, INTERVENTO E ALTRE PRESTAZIONI OSPEDALIERE in Italia

C. RICOVERI CON/SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY SURGEY, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE in Italia

In caso di **Ricovero ordinario con o senza intervento chirurgico, Day Surgery, Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale** reso necessario da malattia e infortunio che risultino compresi nei termini del presente Sussidio, Mutua Sicura, nel limite del **Massimale annuo/nucleo** pari a € 30.000,00 (elevato a € 50.000,00 in caso di **Ricovero per Grande Intervento Chirurgico**, secondo l'**elenco** esaustivo riportato nell'Allegato 1 "**Elenco degli Interventi di Alta Chirurgia**") provvede a rimborsare le spese inerenti al Ricovero ed all'eventuale intervento chirurgico, come di seguito riportato:

i) Assistenza prima del Ricovero (nei 90 giorni precedenti al Ricovero)

- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche (inerenti alla patologia causa del Ricovero);

ii) Assistenza durante il ricovero:

- prestazioni del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, nonché diritti di sala operatoria;
- materiali di intervento (ivi compreso apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento);
- esami, cure, assistenza medica ed infermieristica;
- medicinali, somministrati durante il Ricovero;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- rette di degenza (escluse le spese voluttuarie), nei limiti del massimale giornaliero di € 250,00;
- sostegno all'accompagnatore, ossia le spese di vitto e pernottamento sostenute per l'accompagnatore presso l'Istituto di cura, con il limite di € 40,00 al giorno con un massimo di 30 giorni annui (per 30 giorni si intende il periodo massimo complessivo previsto per questa prestazione).

iii) Assistenza dopo il Ricovero (nei 90 giorni successivi al Ricovero)

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura;
- prestazioni mediche (qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura);

- trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse spese alberghiere e previa prescrizione di medico specialista), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

iv) Prestazioni sociali di rilievo sanitario

- trasporto dell'Assistito (ambulanza), in caso di necessità medica documentata, a e da istituto di cura ad un altro, in Italia, con un massimo di € 1.000,00 per annualità/nucleo;
- assistenza infermieristica a domicilio (post-intervento) con un limite di € 40,00 al giorno e per massimo 40 giorni per evento.

In caso di ricovero con intervento chirurgico per patologia oncologica, le spese per la degenza sono riconosciute per un numero massimo di 20 giorni; dal 21° giorno di degenza, Mutua Sicura eroga un unico rimborso per tutte le spese sostenute durante il Ricovero pari a **€ 200,00** al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento sino ad un massimo di 30 giorni complessivi per annualità.

In caso di degenza per trattamenti fisioterapici e rieducativi durante un ricovero con intervento chirurgico, le spese sono riconosciute per un numero massimo di 20 giorni; dal 21° giorno di degenza, Mutua Sicura eroga un unico rimborso per tutte le spese sostenute durante il Ricovero pari a **€ 200,00** al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento sino ad un massimo di 30 giorni complessivi per annualità.

A fronte delle prestazioni di cui ai **punti i), ii), iii) e iv)**, in caso di **Ricovero ordinario con o senza intervento chirurgico, Day Surgery, Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale** reso necessario da malattia, infortunio, l'Assistito, nei limiti temporali e nei massimali ivi previsti:

- non sostiene **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni effettuate in Autorizzazione all'Assistenza Diretta;
- sostiene una spesa pari ad una **quota a carico del 20%**, in caso di prestazioni effettuate in Autorizzazione all'Assistenza Indiretta in Network; è altresì previsto il seguente sub-limite:
 - materiale di Intervento e di Ricovero e medicinali nel limite del sub-sostegno di € 2.000,00 per Intervento.
- sostiene una spesa pari ad una **quota a carico del 50%**, in caso di prestazioni effettuate in Autorizzazione Indiretta fuori Network; è altresì previsto il seguente sub-limite:
 - materiale di Intervento e di Ricovero e medicinali nel limite del sub-sostegno di € 1.000,00 per Intervento.
- riceve un rimborso senza l'applicazione di **alcuna spesa a suo carico**, in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (struttura del SSN o presso strutture convenzionate con il SSN) ed erogate sotto forma di ticket sanitari.

Il **sub-Massimale anno** erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni precedenti è pari a:

- **€ 20.000,00** annui, in caso di Ricovero ordinario senza Intervento;
- **€ 5.000,00** per evento, in caso di Day Surgery, in Assistenza Indiretta sia in Network che fuori Network;

- € 2.000,00 annui, in caso di Day Hospital;
- € 1.000,00 annui, in casi di **Intervento chirurgico ambulatoriale o Intervento di Chirurgia Refrattiva e Trattamenti laser ed eccimeri** (in caso di anisometria superiore a tre diottrie o deficit visivo pari o superiore a quattro diottrie per ciascun occhio).

I farmaci oncologici sono rimborsati solo se somministrati nell'ambito di un ricovero. È escluso il rimborso di farmaci consegnati dalla Struttura per l'assunzione a domicilio, non è dunque riconosciuto il ricovero notturno/diurno per la sola consegna di farmaci per terapia domiciliare.

In caso di Interventi chirurgici relativi all'area Chirurgia Ortopedia e Traumatologia, come da elenco di cui all'Allegato 1 - "Elenco degli Interventi di Alta Chirurgia", il rimborso delle spese sostenute si intende valido nel sub-limite di € 15.000 per evento in caso di Autorizzazione all'Assistenza Indiretta (In e Fuori Network).

Si precisa che l'asportazione dei nevi è prevista solo in Assistenza Indiretta In network o in Assistenza Indiretta Fuori Network e nell'esclusivo caso di malignità accertata.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

SEZ. 4.3 - AREA OSPEDALIERA - INDENNITA'

D. INDENNITA' SOSTITUTIVA IN CASO DI RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO, DAY SURGEY, DAY HOSPITAL

Nel caso in cui l'Associato non richieda alcun Rimborso a seguito di **Prestazioni Ospedaliere** di cui alla precedente sezione 4.2. effettuate **presso Strutture del SSN o con esso accreditate ed erogate sotto forma di ticket sanitari**, può richiedere a Mutua Sicura la corresponsione dell'Indennità Sostitutiva giornaliera di cui al presente articolo per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia e dell'Infortuni, fermo il Massimale anno/nucleo alla precedente sezione 4.2.

L'Indennità sarà pari ad:

- € 100,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento per Grande Intervento Chirurgico o Ricovero ordinario in emergenza;
- € 50,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento diverso dai precedenti ovvero per ogni giorno di degenza in caso di per Day Hospital e per Day Surgery.

sino ad un massimo di 90 giorni complessivi per annualità.

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

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

SEZ. 4.3 - AREA OSPEDALIERA – SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO

E. SERVIZIO DI RIENTRO SANITARIO IN ITALIA

Mutua Sicura, durante la copertura, intende garantire all'Associato, per il tramite di un partner convenzionato, un servizio di rientro sanitario in Italia dallo Stato estero di residenza 365 giorni l'anno, **senza alcun costo a carico** dell'Associato.

Il servizio di trasporto medico prevede, in caso di provata necessità, il trasferimento in Italia nel luogo di cura più idoneo o presso la propria abitazione dell'Associato invalidato nei movimenti e nella propria autonomia a causa di improvvisa patologia o grave infortunio a seguito di ricovero di primo soccorso.

SEZIONE 5.: AREA SOSTEGNO

SEZ. 5.1 - AREA SOSTEGNO – PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

F. PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

In caso di **Infortunio** nel corso di validità del presente Sussidio, debitamente documentato da referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica dello Stato estero di residenza, che non comporti un Ricovero per l'Associato, Mutua Sicura sostiene l'Associato, nel limite di **€ 250,00** al mese per **6 mesi** successivi alla data di accadimento dell'Infortunio (come da referto di Pronto Soccorso), per le spese per:

- Trattamenti fisioterapici riabilitativi post-infortunio;
- Acquisto, noleggio e riparazione di protesi e presidi strettamente collegate all'Infortunio, con una quota a carico pari al **20%** della spesa.

I trattamenti di cui sopra devono essere effettuati esclusivamente a fini riabilitativi (si intenderà, quindi, escluso il mantenimento) e devono essere prescritti da Medico di base o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e dovranno essere effettuati da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club-ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

ALLEGATO 1 – ELENCO DEGLI “INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA”

Cardiochirurgia

- Interventi per asportazione di tumori del cuore
- Interventi di bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Interventi chirurgici per malformazioni del cuore o dei grossi vasi in c.e.c.
- Interventi di resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
- Interventi di sostituzione valvolare multipla
- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione

Chirurgia Vascolare

- Interventi chirurgici per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, troncobranchiocefalico, renali, iliache, femorale e poplitea, polmonare
- Interventi chirurgici sull’aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- Endoarteriectomia della arteria carotide e/o della arteria vertebrale
- Tromboendoarteriectomia arteriosa iliaco-femorale

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di neoplasie maligne o aneurismi endocranici
- Asportazione di neoplasie maligne orbitali
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici per epilessia focale
- Interventi chirurgici per patologie intramidollari e per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica con viti e barre
- Interventi chirurgici per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi chirurgici sull’ipofisi per via transfenoidale
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale
- Interventi chirurgici endorachidei per asportazione di tumori
- Interventi per deviazioni liquorale indiretta con shunt intraperitoneali
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni chirurgiche endocraniche per ascesso ed ematoma intracranici
- Microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Talamotomia, pallidotomia

Chirurgia Generale

Chirurgia del Collo

- Interventi chirurgici per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia per via cervicale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

Chirurgia dell’Esofago

- Resezione dell’esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi chirurgici per lesioni traumatiche o spontanee dell’esofago

- Operazioni sull'esofago per neoplasie maligne: resezioni parziali, basse, alte, totali
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia

Chirurgia del Pancreas - Milza - Surrene

- Interventi chirurgici di necrosi acuta del pancreas
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - a) enucleazioni delle cisti
 - b) marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

Chirurgia dello Stomaco - Duodeno

- Resezione gastrica da neoplasie maligne e benigne
- Gastrectomia allargata da neoplasie maligne
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica

Chirurgia del Fegato - Vie biliari

- Interventi chirurgici derivazioni bilio digestive
- Interventi chirurgici laparoscopico o laparotomici sulla papilla di Water
- Interventi di ablazione laparoscopia al fegato per neoplasie maligne
- Interventi di anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Interventi chirurgici per la ricostruzione delle vie biliari
- Resezione epatica
- Coledoco-epatico-digiuno-duodenostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-digiunostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-duodenostomia con o senza colecistectomia

Chirurgia del Colon - Retto - Ano

- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale
- Interventi per neoplasie maligne effettuati per via addominoperineale
- Proctocolectomia totale
- Ricostruzione sfinterale con gracile plastica

Chirurgia dell'Intestino

- Colectomia parziale da neoplasie maligne
- Colectomia totale con eventuale stomia
- Resezione anse intestinali con anastomosi per neoplasie maligne
- Bypass gastrointestinali e intestinali per neoplasie maligne

Chirurgia del Peritoneo

- Exeresi di neoplasie maligne dello spazio retroperitoneale

Chirurgia del Torace

- Asportazione totale/parziale della mammella per neoplasie maligne
- Exeresi per tumori primitivi delle coste e dello sterno
- Interventi chirurgici per neoplasie maligne del mediastino
- Interventi chirurgici per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare
- Interventi di resezione della trachea per neoplasie maligne
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Pleurectomia
- Pleuropneumectomia
- Pneumectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia per via toracica
- Toracectomia ampia
- Toracoplastica totale

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per neoplasie maligne
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per neoplasie maligne
- Laringectomia totale
- Laringofaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio
- Parotidectomia totale per neoplasie maligne

Chirurgia Ginecologica

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

Chirurgia Ortopedia e Traumatologia

- Artrodesi vertebrali per via anteriore e/o posteriore con barre e viti due o più livelli
- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Interventi con resezione sulle grandi articolazioni e sulle ossa lunghe per neoplasie maligne
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca (impiantati nel periodo di copertura)
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro

Chirurgia Urologica

- Prostatectomia radicale per neoplasie maligne, qualsiasi via con eventuale linfadenectomie
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
- Nefrectomia allargata per neoplasie maligne
- Nefro-ureterectomia totale

- Orchiectomia con linfadenectomia per neoplasie maligne testicolari
- Riparazione per via chirurgica laparoscopica o laparotomica di fistola vescico intestinale con asportazione di segmento di intestino
- Surrenalectomia
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale

Trapianti d'organo

- Tutti

Grandi Ustioni

- Interventi chirurgici per ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo