

# Regolamento

# 2023

## Pacchetti PROTEZIONE

## Indice

<b>1. Introduzione al Servizio RIMBORSO SPESE MEDICHE</b>	3
<b>2. Il Rimborso delle Spese Mediche</b>	4
2.1 Gli Assistiti	4
2.2 Le prestazioni rimborsabili	4
A. RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO CHIRURGICO COMPRESO GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL CON/SENZA INTERVENTO E PARTO NATURALE, CESAREO O ABORTO TERAPEUTICO	4
B. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	5
C. PRESIDI, DISPOSITIVI MEDICI E FARMACI	5
D. PARAFARMACI	6
E. CURE DENTARIE	6
F. LENTI ED OCCHIALI	6
G. CURE TERMALI E MEDICINA ALTERNATIVA COMPLEMENTARE (MAC)	6
H. VACCINAZIONI	7
I. GRAVIDANZA	7
J. ASSISTENZA	7
K. CERTIFICAZIONI MEDICHE	7
L. FRANCHIGIE E SCOPERTI	8
2.3 Le esclusioni	8
2.4 Le modalità e i tempi di rimborso	8
2.5 La documentazione per la richiesta di rimborso delle spese sanitarie sostenute	10
<b>3. Il Piano Sanitario FUTURO PROTETTO</b>	11
3.1 Il Glossario	12
3.2 Le norme generali che regolano il Piano Sanitario FUTURO PROTETTO	15
3.3 Le informazioni generali	15
3.4 Le precisazioni e delimitazioni del Piano Sanitario FUTURO PROTETTO	15
3.5 Le esclusioni	16
3.6 Le prestazioni	19
3.7 Le modalità di erogazione delle prestazioni	21
3.8 La documentazione da inviare per le richieste di rimborso	22
3.9 I quadri sinottici delle prestazioni	23
Allegato A1 – Elenco Grandi Interventi Chirurgici e Elenco Gravi Eventi Morbosi	24



## 1. Introduzione al Servizio RIMBORSO SPESE MEDICHE

Il presente documento contiene l'elenco delle prestazioni sanitarie integrative, complementari e/o sostitutive del Servizio Sanitario Nazionale che vengono erogate da Previp Cassa di Assistenza ai propri Iscritti, secondo quanto previsto dall'art. 3 dello Statuto, in relazione all'attivazione del Servizio "RIMBORSO SPESE MEDICHE" all'interno del Portale *Allianz My Welfare* offerto in collaborazione con Allianz Value S.r.l.

Il Servizio "RIMBORSO SPESE MEDICHE" prevede la possibilità di acquistare con il credito welfare a disposizione del dipendente uno dei **6 pacchetti** offerti dalla Cassa e di seguito riepilogati:

Pacchetto	Costo	Credito per Rimborsio Spese Mediche*	Contributo per il piano sanitario FUTURO PROTETTO 1 - 2**
1) PROTEZIONE BASIC	€ 200	€ 185	€ 15
2) PROTEZIONE BASIC+	€ 400	€ 385	€ 15
3) PROTEZIONE MEDIUM	€ 600	€ 585	€ 15
4) PROTEZIONE MEDIUM+	€ 800	€ 785	€ 15
5) PROTEZIONE FULL	€ 1.200	€ 1.170	€ 30
6) PROTEZIONE PREMIUM	€ 2.000	€ 1.970	€ 30

\*Il credito è utilizzabile sia dal dipendente che dai suoi familiari come specificato all'articolo 2.1. Gli Assistiti.

\*\*Le prestazioni comprese nel piano FUTURO PROTETTO sono riferite unicamente al dipendente.

Il contributo annuo di **€ 15** per i pacchetti di costo inferiore a € 1.000 o di **€ 30** per i pacchetti di costo superiore a € 1.000 viene utilizzato per l'attivazione unicamente a favore del dipendente, rispettivamente del **Piano sanitario FUTURO PROTETTO 1** e **FUTURO PROTETTO 2**, piani che garantiscono l'erogazione di **un'indennità giornaliera** da ricovero sia in caso di **Grande Intervento Chirurgico e Gravi Eventi Morbosi**, che in caso di **Ricovero con intervento chirurgico e cure odontoiatriche da infortunio**. Il dettaglio delle prestazioni comprese nei piani è riportato all'articolo 3 del presente Regolamento.

Si precisa che è possibile acquistare **un solo pacchetto** nell'anno solare di riferimento **entro e non oltre il 31/10**. L'acquisto **non è reversibile (non sarà possibile trasferire altro credito o acquistare un altro pacchetto, né annullare l'operazione una volta confermata)**. Qualora alla scadenza del piano welfare o al 31 dicembre vi sia del **credito residuo**, questo **verrà azzerato** e non sarà più possibile utilizzarlo dopo tale data.

Il **termine ultimo** per richiedere il rimborso delle spese mediche è il **31/12 di ogni anno o**, se precedente, **entro la scadenza del Piano welfare aziendale**.

## 2. Il Rimborso delle Spese Mediche

### 2.1 Gli Assistiti

I dipendenti possono ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute per sé e per i propri familiari, utilizzando parzialmente o totalmente il credito welfare a loro disposizione e versando alla Cassa, per il tramite del proprio datore di lavoro, l'importo corrispondente all'acquisto di uno dei 6 pacchetti sanitari messi a disposizione dalla Cassa di Assistenza.

Per **familiari** si intendono:

- il **coniuge**, non legalmente separato, fiscalmente e non fiscalmente a carico anche non conviventi;
- il **convivente more uxorio**, fiscalmente e non fiscalmente a carico anche non conviventi;
- i **figli**, fiscalmente e non fiscalmente a carico, anche non conviventi;
- i **genitori** del dipendente, fiscalmente e non fiscalmente a carico, anche non conviventi.

4

### 2.2 Le prestazioni rimborsabili

#### A. RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO CHIRURGICO COMPRESO GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL CON/SENZA INTERVENTO E PARTO NATURALE, CESAREO O ABORTO TERAPEUTICO

- Onorari del chirurgo, aiuto, assistente, anestesista o altro soggetto che partecipi attivamente all'intervento.
- Diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi l'utilizzo di apparecchiature terapeutiche e le endoprotesi applicate durante l'intervento stesso.
- Tutti i materiali necessari per un'operazione chirurgica, come parti del corpo artificiali o dispositivi quali materiali per l'artroplastica, viti e placche di fissaggio, protesi per la sostituzione di valvole cardiache, protesi endovascolari, defibrillatori impiantabili e stimolatori cardiaci.
- Cure di medicina intensiva.
- Assistenza medica e infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure (anche omeopatiche), trattamenti fisioterapici e rieducativi.
- Medicinali ed esami riguardanti il periodo di ricovero, purché inerenti alla verifica o al completamento della diagnosi di ricovero.
- Accertamenti diagnostici, PET e TAC – PET.
- Oncologia: onorario di specialisti, costo degli esami diagnostici, della radioterapia, della chemioterapia e spese ospedaliere relative alla cura delle patologie oncologiche fin dal momento della loro diagnosi, spese per l'acquisto di un manufatto protesico esterno per scopi cosmetici, per esempio una parrucca in caso di perdita di capelli oppure un reggiseno per protesi in conseguenza di un trattamento per la cura del cancro.
- Rette di degenza.
- Assistenza Infermieristica privata individuale.
- Cure psichiatriche e psicoterapia.
- Dialisi renale.
- Cure dentali d'emergenza.
- Indennità sostitutiva al SSN.
- Parto naturale, Parto cesareo, aborto terapeutico.
- Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore.
- Trasporto sanitario.

- Rimpatrio salma.
- Ospedalizzazione domiciliare post ricovero.
- Ticket.

### **Precisazioni e Documenti necessari per la richiesta di rimborso**

Ai fini del rimborso delle spese sostenute dovranno essere presentati i documenti relativi alla copia della cartella clinica e/o della scheda di dimissione ospedaliera, contenente tutti i dati principali riferiti al ricovero sostenuto, unitamente alla diagnosi e alla prescrizione medica.

### **B. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

- Prestazioni di alta specializzazione effettuate al di fuori del ricovero
- Alta diagnostica radiologica (anche digitale)
- Esami, Accertamenti, Accertamenti diagnostici, Biopsie
- Endoscopie diagnostiche
- Prestazioni mediche, visite specialistiche effettuate al di fuori del ricovero e pre/post ricovero
- Prestazioni diagnostiche di prevenzione
- Ticket per accertamenti diagnostici
- Ticket ospedalieri, cliniche e laboratori
- Prestazioni erogate dal SSN per la sola quota posta a carico dell'assistito
- Oncologia medica, Chemioterapia, Radioterapia
- Densitometria ossea (MOC)
- Visite specialistiche private
- Visite specialistiche per psicologo, psichiatra, logopedia
- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

### **Precisazioni e Documenti necessari per la richiesta di rimborso**

Si precisa che le prestazioni di logopedia, psicologia e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi devono essere erogate da personale medico o paramedico abilitato o da professionisti in possesso di titolo riconosciuto dalla normativa vigente, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Inoltre, per accertamento diagnostico si intende qualsiasi indagine strumentale utile alla identificazione dello stato di salute di una persona (es. Analisi cliniche, Esami Citologici – Istologici – Immunoistochimici – Diagnostica per immagini – Angiografia, Diagnostica per immagini – Ecografia, Diagnostica per immagini - Ecografia e diagnostica vascolare, Diagnostica per immagini - Mineralometria - Densitometria ossea, Diagnostica per immagini - Radiologia tradizionale, Diagnostica per immagini - Risonanza Magnetica Nucleare, Diagnostica per immagini - Tomografia Computerizzata, Diagnostica per immagini - Medicina nucleare (scintigrafia), Diagnostica specialistica ad es. Diagnostica Cardiologica, Diagnostica Dermatologica, Diagnostica Neurologica, Diagnostica Oculistica, Diagnostica Otorinolaringoiatrica, Diagnostica Pneumologia, Test allergometrici e Diagnostica Allergologia).

Ai fini del rimborso deve essere presentata la fattura con il dettaglio delle prestazioni eseguite.

### **C. PRESIDII, DISPOSITIVI MEDICI E FARMACI**

- Protesi acustiche
- Presidi e Protesi ortopediche (es. corsetti ortopedici, tutori ortopedici, protesi ortopediche, ecc....)
- Dispositivi medici di monitoraggio (es. termometro, misuratore di pressione, misuratore glicemico, pulsiossimetro, ecc....)
- Medicinali da banco e con prescrizione

### **Precisazioni e Documenti necessari per la richiesta di rimborso**

Ai fini del rimborso devono essere presentati i documenti di spesa (fatture e/o ricevute fiscali).

#### **D. PARAFARMACI**

- Parafarmaci da banco

### **Precisazioni e Documenti necessari per la richiesta di rimborso**

Ai fini del rimborso devono essere presentati i documenti di spesa (fatture e/o ricevute fiscali).

#### **E. CURE DENTARIE**

- Igiene orale
- Ablazione del tartaro
- Visita specialistica odontoiatrica
- Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero, radiografie, referti radiologici e referti istologici
- Cure dentarie da infortunio
- Protesi ortodontiche
- Protesi dentarie
- Conservativa
- Implantologia
- Parodontologia
- Pedodonzia
- Gnatologia
- Endodonzia
- Chirurgia Orale

### **Precisazioni e Documenti necessari per la richiesta di rimborso**

Ai fini del rimborso deve essere presentata la fattura con il dettaglio delle prestazioni eseguite.

#### **F. LENTI ED OCCHIALI**

- Occhiali (montatura e lenti) – con cambio *visus*
- Lenti a Contatto – con cambio *visus* e relativi liquidi

### **Precisazioni e Documenti necessari per la richiesta di rimborso**

Ai fini del rimborso occorre presentare, oltre la fattura di spesa, anche la certificazione attestante la modifica del *visus* per gli occhiali e delle diottrie mancanti per le lenti a contatto. Tale certificazione deve essere rilasciata da medico specialista o da un ottico.

#### **G. CURE TERMALI E MEDICINA ALTERNATIVA COMPLEMENTARE (MAC)**

- Cure termali – con prescrizione medica
- Agopuntura
- Fitoterapia
- Medicina antroposofica
- Medicina ayurvedica
- Omeopatia, Omotossicologia
- Chiropratica
- Osteopatia

### **Precisazioni e Documenti necessari per la richiesta di rimborso**

Ai fini del rimborso occorre presentare la fattura di spesa. Le prestazioni per essere rimborsate devono essere erogate da un medico o presso un Centro Medico o da un professionista con apposito diploma riconosciuto dalla normativa vigente.

Ai fini del rimborso devono essere presentati i documenti di spesa (fatture e/o ricevute fiscali).

## **H. VACCINAZIONI**

- Vaccini

### **Precisazioni e Documenti necessari per la richiesta di rimborso**

Sono ricomprese tutte le vaccinazioni, anche quelle non obbligatorie, effettuate in occasione di soggiorni all'Estero. Ai fini del rimborso devono essere presentati i documenti di spesa (fatture e/o ricevute fiscali).

## **I. GRAVIDANZA**

- Visite in Gravidanza
- Ecografie Ostetriche
- Amniocentesi/Villocentesi oltre i 35 anni o con prescrizione
- Diagnosi Prenatale (es. Bi Test, Harmony Test, Prenatal Safe)
- Assistenza Ostetrica
- Corso pre-parto
- Assistenza all'allattamento
- Rimborso spese sanitarie sostenute durante il ricovero per malattia o infortunio del neonato
- Rimborso spese sanitarie relative a ricoveri per interventi di correzione o eliminazione di malformazioni congenite del neonato

### **Precisazioni e Documenti necessari per la richiesta di rimborso**

Ai fini del rimborso devono essere presentati i documenti di spesa (fatture e/o ricevute fiscali).

## **J. ASSISTENZA**

- Assistenza domiciliare integrata
- Psicoterapia

### **Precisazioni e Documenti necessari per la richiesta di rimborso**

Ai fini del rimborso devono essere presentati i documenti di spesa (fatture e/o ricevute fiscali). Nel caso dell'Assistenza domiciliare integrata il personale specializzato dovrà essere inquadrato come tale (no colf) e l'inquadramento stesso dovrà risultare nella busta paga o nel cedolino.

## **K. CERTIFICAZIONI MEDICHE**

- Certificazioni mediche varie non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge: idoneità alla pratica dell'attività sportiva sia agonistica che non agonistica, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione rilascio patente, porto d'armi, ecc.....

### **Precisazioni e Documenti necessari per la richiesta di rimborso**

Ai fini del rimborso devono essere presentati i documenti di spesa (fatture e/o ricevute fiscali).

## L. FRANCHIGIE E SCOPERTI

È possibile chiedere il rimborso delle franchigie e/o degli scoperti non rimborsati da eventuali polizze assicurative, Fondi Sanitari e altre Casse di assistenza. Qualora il dipendente abbia già ricevuto un rimborso parziale della prestazione da parte del proprio Fondo Sanitario/Cassa di assistenza/polizza assicurativa, gli sarà rimborsata la differenza tra quanto speso e quanto già rimborsato. In questo caso, è necessario allegare alla richiesta di rimborso anche **copia della liquidazione ricevuta**, selezionando la tipologia di prestazione per la quale si vuole richiedere il rimborso delle franchigie e/o degli scoperti non rimborsati tra quelle sopra elencate (dalla lettera A alla lettera K).

### 2.3 Le esclusioni

Le seguenti prestazioni **non possono** essere rimborsate:

- Prestazioni sanitarie relative agli animali domestici.
- Pile per apparecchi acustici.
- Farmaci e Parafarmaci con finalità estetiche, quali Filler, creme di bellezza, antirughe, collant, etc.
- Spese sostenute per medicinali quali Viagra, Cialis, etc.
- Spese telefoniche, spese del minibar, spese di trasporto (treno, bus, taxi) relative ai soggiorni in centri termali.
- Infortuni o malattie conseguenti a dolo dell'assistito.
- Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope) assunte non a scopo terapeutico; infortuni causati da stato di ubriachezza.
- Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di sostanze stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico.
- Prestazioni e trattamenti effettuati presso soggetti non autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie e/o parasanitarie previste dal piano (es. palestre, centri estetici, centri benessere).
- Linfodrenaggi e prestazioni fisioterapiche effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi della salute, Medical hotel, centri benessere con annesso centro medico.
- Trattamenti/interventi di chirurgia plastica o medicina estetica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati a scopo ricostruttivo, anche estetico, a seguito di infortunio o a seguito di interventi demolitivi indennizzabili.
- Prestazioni non corredate da diagnosi, ove richiesta.

### 2.4 Le modalità e i tempi di rimborso

La decorrenza delle prestazioni erogate dalla Cassa a favore del dipendente e dei suoi familiari dipende sia dalla data di iscrizione alla Cassa da parte del datore di lavoro che dalla data di acquisto dei pacchetti sanitari da parte del dipendente, come di seguito indicato:

- se l'Azienda aderisce alla Cassa durante il **I semestre** dell'anno (dall'01/01 al 30/06) e il dipendente acquista il pacchetto sanitario durante il **I semestre** dell'anno (dall'01/01 al 30/06) sarà possibile richiedere il rimborso delle spese sanitarie sostenute **dal 1° gennaio al 31 dicembre di quell'anno o, se antecedente, entro la data di fine del piano;**
- se l'Azienda aderisce alla Cassa durante il **II semestre** dell'anno (dall'01/07 al 31/10) e il dipendente acquista il pacchetto sanitario durante il **II semestre** dell'anno (dall'01/07 al 31/10) è possibile richiedere il rimborso delle spese sanitarie sostenute **dal 1° luglio al 31 dicembre di quell'anno o, se antecedente, entro la data di fine del piano;**
- se l'Azienda aderisce alla Cassa durante il **I semestre** dell'anno (dall'01/01 al 30/06) e il dipendente acquista il pacchetto sanitario durante il **II semestre** dell'anno (dall'01/07 al 31/10) è possibile richiedere il rimborso

delle spese sanitarie sostenute **dal 1° luglio al 31 dicembre di quell'anno o, se antecedente, entro la data di fine del piano.**

Alla scadenza del piano o comunque entro e non oltre il 31 dicembre di ogni anno gli importi eventualmente residui del pacchetto scelto verranno acquisiti in maniera definitiva dalla Cassa, ai fini mutualistici, così come previsto dall'art. 5 del Regolamento.

Se il dipendente vuole richiedere un rimborso per le spese sanitarie sostenute, dovrà trasmettere alla Cassa, tramite il Portale *Allianz My Welfare*, la documentazione giustificativa prevista dal Nomenclatore.

Il Service della Cassa valuterà la correttezza della documentazione presentata e la rimborsabilità della spesa.

L'esito della validazione sarà riconducibile a 3 possibili casi:

- ✓ **SPESA RIMBORSABILE:** se la spesa **è ritenuta rimborsabile**, il dipendente riceverà una e-mail automatica di notifica e **la Cassa provvederà ad erogare direttamente al dipendente, sul conto corrente indicato** dal medesimo, **il rimborso della spesa sostenuta.**

La Cassa provvederà ad effettuare i rimborsi trascorsi **20 giorni** dal ricevimento del flusso da parte del Service (il 7° giorno di ciascun mese), ferma restando la regolarità amministrativa relativa alla ricezione del versamento da parte del datore di lavoro dei contributi sanitari derivanti dall'acquisto dei pacchetti.

Pertanto, **il rimborso sarà effettuato**, di norma, **entro il 30° giorno del mese successivo** a quello in cui il dipendente ha inserito sul Portale *Allianz My Welfare* la richiesta di rimborso fermo restando che tale richiesta sia stata approvata.

Si precisa che nel caso in cui **nello stesso mese** vengano **inserite e approvate più richieste di rimborso** riconducibili allo stesso dipendente, **la Cassa provvederà ad effettuare un unico bonifico a favore dello stesso, di importo pari alla somma delle diverse richieste di rimborso.**

- ✓ **SPESA NON RIMBORSABILE:** se la spesa **è ritenuta non rimborsabile**, il dipendente riceverà una e-mail automatica di notifica e il Portale *Allianz My Welfare* **provvederà a ripristinare la quota parte del credito welfare** a disposizione del dipendente per il rimborso delle spese mediche.

- ✓ **DOCUMENTAZIONE INCOMPLETA:** se la richiesta inviata **è incompleta**, il dipendente riceverà una e-mail automatica di notifica, e sarà **necessario accedere al Portale**, nella sezione "Elenco Movimenti", alla voce "Rimborsi", dove troverà il **dettaglio della documentazione necessaria ad integrare la richiesta**, in modo tale che la stessa possa essere completata correttamente.

Per integrare la richiesta di rimborso **sarà sufficiente caricare solo la documentazione mancante** alla pratica già aperta.

In questo caso, **la richiesta resterà in sospeso fino alla produzione della documentazione richiesta** e i tempi previsti per il rimborso riprenderanno a decorrere dal momento in cui la richiesta di rimborso risulterà completa.

Non è previsto l'annullamento automatico delle pratiche di rimborso inserite e incomplete, fermo restando che se al 31/12 di ogni anno, o se antecedente, entro la data di scadenza del piano, il dipendente non abbia provveduto all'invio della documentazione integrativa richiesta, la pratica sarà chiusa e il credito rimarrà acquisito in via definitiva dalla Cassa a fini mutualistici come previsto dall'art. 5 del Regolamento.

## 2.5 La documentazione per la richiesta di rimborso delle spese sanitarie sostenute

Il **giustificativo della spesa** sanitaria sostenuta è rappresentato dai seguenti documenti:

- a) Fattura.
- b) Ricevuta fiscale/scontrino.
- c) Cedolino/busta paga del personale specializzato ai fini dell'assistenza domiciliare integrata.

Inoltre, il giustificativo della spesa deve contenere i **dati identificativi completi** (denominazione e attività) e il **codice fiscale o la P.IVA del centro medico/soggetto che fornisce il servizio**. Il giustificativo deve inoltre essere intestato al dipendente o al componente del Nucleo familiare.

Per fatture/ricevute di **importo superiore a € 77,47** è necessaria la marca da bollo (€ 2,00) a meno che il centro medico/soggetto non sia esente. In tal caso, deve essere espressamente indicato nel documento.

Per **spese sanitarie sostenute all'Estero**, alla richiesta di rimborso devono essere allegati:

- a. ricevuta fiscale valida secondo la normativa locale;
- b. traduzione in italiano del giustificativo stesso;
- c. qualora la valuta di pagamento sia diversa dall'Euro, allegare anche la documentazione comprovante il tasso di cambio utilizzato, che deve essere quello relativo alla data di pagamento dell'importo (si fa riferimento alla data indicata sulla ricevuta fiscale).

### Nota bene:

**Qualora il dipendente abbia già ricevuto un rimborso parziale della prestazione** da parte del proprio Fondo Sanitario, della propria Cassa di assistenza sanitaria o della propria polizza assicurativa, **gli sarà rimborsata la differenza tra quanto speso e quanto già rimborsato**. In questo caso, **è responsabilità del dipendente allegare** alla richiesta di rimborso anche **copia della quietanza di liquidazione ricevuta**, al fine di evitare di incorrere in un doppio beneficio fiscale (deducibilità art. 51, comma 2, lett. a) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, ossia il Testo Unico delle Imposte sui Redditi o "T.U.I.R."; detraibilità art. 15, comma 1, lett. f) del T.U.I.R.).

### 3. Il piano sanitario FUTURO PROTETTO

Il presente piano sanitario è erogato da Previp Cassa di Assistenza attraverso un'apposita convenzione stipulata con:

Società Generale di Mutuo Soccorso



### 3.1 Il Glossario

**Assistito:** la persona fisica, associata a PREVIP CASSA DI ASSISTENZA, 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 Aglea Salus.

**Cartella clinica:** il documento ufficiale redatto durante il Ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery o l'Intervento chirurgico ambulatoriale, contenente le generalità dell'Assistito, 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.

**Contraente:** PREVIP CASSA DI ASSISTENZA che si impegna al versamento delle quote associative e del Contributo aggiuntivo nei confronti di Aglea Salus.

**Contributo:** la somma dovuta dal Contraente ad Aglea Salus per il Piano Sanitario Futuro Protetto 1 o Futuro Protetto 2, 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.

**Domicilio:** il luogo dove l' Assistito 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 Piano Sanitario.

**Franchigia:** per le garanzie che prevedono il rimborso delle spese a carico dell' Assistito, è la somma determinata in misura fissa, dedotta dal rimborso stesso, che resta a carico dell' Assistito. Per le garanzie che prevedono un'indennità giornaliera, corrisponde al numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assistito.

**Grande Intervento Chirurgico:** l'Intervento chirurgico rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici allegato al presente Regolamento.

**Indennizzo:** la somma sostituita al rimborso, richiesta in sostituzione dello stesso ad Aglea Salus al verificarsi di un evento.

**Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili all' Assistito e documentate da verbale di pronto soccorso attestante le circostanze, le cause e le modalità di accadimento, oltre alle conseguenze subite.

**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.

**Ipazia Service S.r.l.:** società, di cui si avvale Aglea Salus, 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.

**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 linfomioproliferative 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.

**Massimale:** la somma massima che Aglea Salus si impegna a risarcire a titolo di liquidazione dell'evento secondo le condizioni stabilite nel presente regolamento. Il massimale si intende quale limite globale di assistenza, per anno e per persona.

**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, Omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

**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'Assistito 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'Assistito.

**Scoperto:** la quota parte del danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito.

**Società/Impresa:** Aglea Salus

**Strutture Mediche Convenzionate (Network):** l'insieme degli Istituti di cura, ambulatori medici, centri diagnostici, centri odontoiatrici, dentisti, équipe e medici convenzionati con Aglea Salus e/o Ipazia Service S.r.l. che forniscono le prestazioni all'Assistito, il cui costo viene sostenuto da Aglea Salus, in nome e per conto dell'Assistito 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 Aglea Salus e/o Ipazia Service S.r.l. che forniscono le prestazioni all'Assistito.

**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 Europe Assistance in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede per conto di Aglea Salus e/o Ipazia



Cassa di Assistenza

## SERVIZIO RIMBORSO SPESE MEDICHE

Service S.r.l. a garantire il contatto telefonico con l'Assistito, organizzare gli interventi sul posto ed erogare le prestazioni di Assistenza.

**Piano Sanitario FUTURO PROTETTO:** la copertura sanitaria sottoscritta dalla Contraente per conto degli Assistiti con Aglea Salus.

### 3.2 Le norme generali che regolano il piano sanitario

Il presente Regolamento individua le prestazioni previste in favore dell'Assistito. Il Regolamento è redatto con l'intento di fornire agli Assistiti uno strumento di consultazione rapido e una guida all'utilizzo del Piano Sanitario FUTURO PROTETTO. Vuole inoltre aiutare l'Assistito, all'utilizzo delle garanzie guidandoli dal momento della prima denuncia di un evento fino all'erogazione del Piano Sanitario FUTURO PROTETTO. I dati riportati nel presente Regolamento rappresentano i punti salienti delle forme di assistenza e costituiscono elemento vincolante, al fine della garanzia. Il nostro obiettivo è di fornire all'Assistito un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della sua collaborazione. All'interno del presente documento si troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire per utilizzare al meglio il piano sanitario sottoscritto.

Per ulteriori informazioni ed eventuali chiarimenti, gli Assistiti possono rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti di Aglea Salus:

**Mail: [backoffice@agleasalus.it](mailto:backoffice@agleasalus.it)**

**Numero Verde: 800.58.77.99**

**Da Telefono Cellulare: 0774.640212**

**Fax: 06.89184300**

15

### 3.3 – Le informazioni generali

#### 3.3.1 - Decorrenza del Piano Sanitario

Il piano sanitario regolato dal presente regolamento avrà due decorrenze prestabilite ovvero per chi acquista il piano sanitario entro il 30 giugno, lo stesso avrà decorrenza dall'01 gennaio, mentre per chi acquista il piano sanitario dal 01 luglio al 31 ottobre, questo avrà decorrenza dall'01 luglio. Pertanto, i piani sanitari potranno essere acquistati dal 01 gennaio al 31 ottobre, cessando la copertura comunque al 31 dicembre di ogni anno o alla data di scadenza del Piano Welfare se precedente.

#### 3.3.2 - Durata e proroga del Piano Sanitario

Il piano sanitario ha durata massima fino al 31/12 di ogni anno o, la scadenza del piano welfare, se precedente, e non prevede il tacito rinnovo.

#### 3.3.3 - Foro competente e procedimento di negoziazione assistita

Ogni controversia relativa al presente regolamento è soggetta alla negoziazione assistita che dovrà essere esperita dalle parti. Qualora la controversia non fosse stata risolta, gli aventi diritto potranno rivolgersi presso il Tribunale di Tivoli, fermo restando per Aglea Salus 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).

### 3.4 – Le precisazioni e delimitazioni del piano sanitario

#### 3.4.1 - Persone garantite

Il presente piano sanitario copre le persone fisiche nei limiti previsti dalla soluzione prescelta purché residenti o domiciliati in Italia, nella Repubblica di San Marino o nella Città del Vaticano.

### 3.4.2 - Limiti di età

Possono beneficiare della presente copertura sanitaria 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, salvo se diversamente indicato nel Piano Sanitario.

### 3.4.3 - Persone non associabili

Non possono beneficiare della presente copertura sanitaria, indipendentemente dalla concreta valutazione del pregresso 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 possono beneficiare della presente copertura sanitaria le persone che fanno uso di psicotici assunti regolarmente per scopi terapeutici. L'Assistito è pertanto tenuto ad informarsi sulla sussistenza del proprio stato di associabilità e solo a seguito di tale approfondito controllo potrà sottoscrivere la copertura. Premesso che Aglea Salus non avrebbe acconsentito a stipulare la presente Copertura laddove avesse saputo che l'Assistito - al momento della stipulazione 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 dell'Assistito. Infine, laddove nel corso del contratto si manifestassero nell'Assistito una o più di tali affezioni o Malattie non associabili, l'Assistito è tenuto a comunicarlo per iscritto a Aglea Salus, 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 l'impossibilità di erogare il presente piano sanitario, Aglea Salus oltre a non concedere il rimborso richiesto può deliberare per il tramite del proprio CDA l'esclusione dalla Mutua ai sensi del presente articolo alla scadenza anniversaria del Piano Sanitario.

16

### 3.4.4 - Efficacia delle garanzie – Termini di Carenza

Le garanzie decorrono:

Il presente piano sanitario opera dalle ore 24 dalla decorrenza dello stesso, per gli infortuni occorsi e dal 30° giorno di efficacia dello stesso per le malattie manifestate anche precedentemente alla sottoscrizione del Piano Sanitario. Si precisa che per ciascun Assistito, i termini di Carenza avranno effetto a decorrere dalla data di inserimento in copertura ovvero dalla data di decorrenza del Piano sanitario.

### 3.4.5 - Estensione territoriale

Le garanzie del Piano Sanitario, 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.

## 3.5 – Le esclusioni

Il Piano Sanitario non sarà operante nei seguenti casi.

### 3.5.1 - Esclusioni Infortuni e Malattia

Ferme le fattispecie di non associabilità di cui all'art.3.4.3, sono esclusi dalla presente copertura, oltre a tutte le garanzie non espressamente previste nel piano sanitario sottoscritto:

1. le spese e/o indennizzi derivanti da infortuni o conseguenti a Infortuni, quali:
  - a) azioni commesse dall'Assistito 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'Assistito, compiuti 18 anni, non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Assistito anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 3 mesi; il Piano Sanitario 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'Assistito 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'Assistito 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, kitewings, 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;
- i) Tutti gli infortuni occorsi antecedentemente alla sottoscrizione del presente piano sanitario.
2. le Malattie mentali o del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le Malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, i disturbi schizofrenici, paranoidi e affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), le sindromi e i disturbi mentali organici;
  3. la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le patologie correlate alla infezione da HIV;
  4. le cure odontoiatriche di qualsiasi tipo, salvo che siano rese necessarie a seguito di infortunio;
  5. relativamente al pacchetto Cure dentarie, l'estrazione dei denti decidui, salvo che siano rese necessarie a seguito di infortunio;
  6. le cure del sonno, le cure e terapie cellulo-tissutali;
  7. le cure e le pratiche fitoterapiche, idropiniche e termali in genere, salvo quanto espressamente previsto dai singoli piani sanitari;
  8. i trattamenti specialistici e i Trattamenti fisioterapici in genere sostenuti prima dell'Intervento chirurgico, salvo quanto diversamente previsto dalle Garanzie comprese nel piano sanitario;
  9. 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;
  10. i trattamenti di emodialisi, gli esami termografici; le iniezioni sclerosanti salvo quanto diversamente previsto nel presente Regolamento;
  11. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di terapie di Medicina alternativa o complementare o di Medicina non ufficiale;
  12. 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;

13. 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 dalle Garanzie comprese nel piano sanitario;
14. gli Interventi Chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
15. l'aborto volontario non terapeutico;
16. la fecondazione assistita e artificiale, nonché le prestazioni per la diagnosi e la cura della sterilità, infertilità e dell'impotenza;
17. 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;
18. 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;
19. 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;
20. i disturbi 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);
21. le conseguenze per abuso di alcolici, farmaci, psicofarmaci e uso di sostanze stupefacenti e allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
22. 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;
23. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, trombe d'aria, maremoti, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
24. le conseguenze di guerre anche non dichiarate, insurrezioni generali, operazioni e occupazioni militari e invasioni, atti terroristici;
25. tutti i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e/o Infortunio;
26. 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;
27. le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e nei relativi allegati.

### 3.6 Le prestazioni

#### 3.6.1 – Indennità sostitutiva

Nel caso in cui si necessitasse di essere ricoverati in struttura pubblica o clinica privata a seguito di Grave Evento Morboso o Grande Intervento Chirurgico, per le prestazioni di cui all'allegato A1, rimborsabili secondo il presente Regolamento, l'Assistito del presente Piano Sanitario FUTURO PROTETTO può chiedere il pagamento di una somma giornaliera per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 30 giorni per annualità, come di seguito riportato, in base al Piano scelto (FUTURO PROTETTO 1 oppure FUTURO PROTETTO 2):

##### FUTURO PROTETTO 1

Indennità giornaliera da ricovero per <b>Grande Intervento Chirurgico e Gravi Eventi Morbosi</b> (v. Allegato A1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• € 10,00 dal 1° al 10°giorno</li> <li>• € 15,00 dall'11° al 20° giorno</li> <li>• € 20,00 dal 21° al 30° giorno</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

##### FUTURO PROTETTO 2

Indennità giornaliera da ricovero per <b>Grande Intervento Chirurgico e Gravi Eventi Morbosi</b> (v. Allegato A1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• € 10,00 dal 1° al 10°giorno</li> <li>• € 15,00 dall'11° al 20° giorno</li> <li>• € 20,00 dal 21° al 30° giorno</li> <li>• € 25,00 dal 31° al 40° giorno</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nel caso in cui, invece, si necessitasse di essere ricoverati in **Struttura Pubblica o Clinica Privata** per un intervento chirurgico, non presente nelle prestazioni di cui all'Allegato A1, e rimborsabile secondo il presente Regolamento, l'Assistito può chiedere il pagamento di una somma giornaliera per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 30 giorni per annualità, come di seguito riportato, in base al piano scelto (FUTURO PROTETTO 1 oppure FUTURO PROTETTO 2):

##### FUTURO PROTETTO 1

Indennità giornaliera da <b>Ricovero con Intervento chirurgico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• € 5,00 dal 1° al 10°giorno</li> <li>• € 7,50 dall'11° al 20° giorno</li> <li>• € 10,00 dal 21° al 30° giorno</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

##### FUTURO PROTETTO 2

Indennità giornaliera da <b>Ricovero con Intervento chirurgico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• € 5,00 dal 1° al 10°giorno</li> <li>• € 7,50 dall'11° al 20° giorno</li> <li>• € 10,00 dal 21° al 30° giorno</li> <li>• € 15,00 dal 31° al 40° giorno</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Il rimborso dovuto nei termini di quanto sopra, spetta a partire dalla prima notte di ricovero, escluso il giorno della dimissione.

### 3.6.2 - Cure odontoiatriche a seguito di Infortunio

Aglea Salus, nel rispetto del massimale del Piano Sanitario prescelto (FUTURO PROTETTO 1 oppure FUTURO PROTETTO 2) 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 Piano Sanitario prescelto.

#### FUTURO PROTETTO 1

Cure odontoiatriche da infortunio	Fino ad € 2.500 (In Network)
-----------------------------------	---------------------------------

20

#### FUTURO PROTETTO 2

Cure odontoiatriche da infortunio	Fino ad € 3.500 (In Network)
-----------------------------------	---------------------------------

Il rimborso delle spese sarà effettuato esclusivamente previa presentazione di apposita certificazione di Pronto Soccorso comprovante l'Infortunio e relativa ortopantomica attestante le lesioni traumatiche. Per sottoporsi alle cure dentarie, l'Assistito del presente Piano Sanitario FUTURO PROTETTO dovrà scegliere una struttura appartenente al Network odontoiatrico convenzionato.

### 3.6.3 – Accesso al network odontoiatrico

Per tutta la durata del presente Piano Sanitario FUTURO PROTETTO, l'Assistito dello stesso potrà usufruire, per tutti i casi non coperti dalla presente copertura, delle tariffe convenzionate presso il Network odontoiatrico messo a disposizione dalla Aglea Salus e/o dalla Centrale Salute.

Per avere diritto alla **tariffa convenzionata**, con **sconti** sulle possibili prestazioni **fino al 40%**, l'avente diritto dovrà preventivamente richiedere l'autorizzazione contattando la Centrale Salute al Numero Verde dedicato indicato al paragrafo "Modalità di erogazione delle Prestazioni".

### 3.6.4 - Care Angel

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Assistito debba sottoporsi ad intervento chirurgico, visita specialistica e/o accertamento diagnostico, potrà telefonare alla Centrale Operativa, che previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente ed accertata la necessità della prestazione, provvederà ad individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro specialistico o professionista di cui si necessita. La prestazione viene fornita dalle 9.00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi.

### 3.7 Le modalità di erogazione delle prestazioni

#### 3.7.1 - Centrale Salute

Per tutto il corso di validità del Piano Sanitario, l'Assistito avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute di Aglea Salus che è incaricata da Aglea Salus 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 Piano Sanitario;
- 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 Piano Sanitario ai seguenti recapiti:

**Numero Verde Nazionale: 800.035.666**

**Numero dall'Estero: +39.0774.608001**

**Fax: +39.06.89184300**

**E-mail: [assistenza@agleasalus.it](mailto:assistenza@agleasalus.it)**

**Indirizzo: Via Maremmana, 1, Nerola, Frazione Acquaviva, Roma**

**[www.agleasalus.it](http://www.agleasalus.it)**

#### 3.7.2 - 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.

#### 3.7.3 - Prenotazione visita odontoiatrica

Rivolgendosi al Servizio Clienti di Aglea Salus, l'interessato potrà prenotare e far organizzare la visita odontoiatrica presso una struttura convenzionata appartenente al Network, in una data che soddisfi le esigenze dello stesso e della struttura.

#### 3.7.4 - Modalità erogazione prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Piano Sanitario possono essere erogate nella modalità di accesso alle prestazioni in forma diretta.

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.agleasalus.it](http://www.agleasalus.it) senza necessità di anticipare alcun importo solo se previsto dal Piano Sanitario scelto, ad eccezione di quanto previsto nel presente regolamento. Tale procedura è prevista nel caso in cui sia la Struttura sanitaria che il



Cassa di Assistenza

## SERVIZIO RIMBORSO SPESE MEDICHE

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.agleasalus.it](http://www.agleasalus.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.agleasalus.it](http://www.agleasalus.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 Piano Sanitario. 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 ad Aglea Salus 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.

22

### 3.8 – La 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);
- In caso di richiesta di rimborso per patologia o intervento chirurgico conseguenti ad infortunio, si richiede copia del verbale di pronto soccorso o altro presidio ospedaliero, da reperirsi entro le 48 ore successive all'evento, in cui si attesti su dichiarazione dell'assistito, data, luogo e modalità di accadimento dell'evento occorso; sarà facoltà della mutua richiedere ulteriori dichiarazioni.
- 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'Assistito;
- Eventuale documentazione medica proveniente da un paese diverso dall'Italia, dovrà pervenire in lingua italiana con apposita traduzione. In mancanza di tale traduzione la richiesta di presa in carico (o di rimborso) non potrà essere presa in considerazione.



Cassa di Assistenza

## SERVIZIO RIMBORSO SPESE MEDICHE

## 3.9 – I Quadri sinottici delle prestazioni

GARANZIE	FUTURO PROTETTO 1 (massimale per anno)
Indennità giornaliera da ricovero per grande intervento chirurgico e gravi eventi morbosi (v. Allegato A1)	- € 10,00 dal 1° al 10° giorno - € 15,00 dall'11° al 20° giorno - € 20,00 dal 21° al 30° giorno
Indennità giornaliera da ricovero con intervento chirurgico	- € 5,00 dal 1° al 10° giorno - € 7,50 dall'11° al 20° giorno - € 10,00 dal 21° al 30° giorno
Cure odontoiatriche da infortunio	Fino ad € 2.500,00 (In network)
Accesso al network odontoiatrico con sconti fino al 40%	SI
Care Angel	SI
CONTRIBUTO	
<b>Contributo Annuo - Single</b>	<b>€ 15,00</b>

Età max. ingresso anni 70 compiuti.

23

GARANZIE	FUTURO PROTETTO 2 (massimale per anno)
Indennità giornaliera da ricovero per grande intervento chirurgico e gravi eventi morbosi	- € 10,00 dal 1° al 10° giorno - € 15,00 dall'11° al 20° giorno - € 20,00 dal 21° al 30° giorno - € 25,00 dal 31° al 40° giorno
Indennità giornaliera da ricovero con intervento chirurgico	- € 5,00 dal 1° al 10° giorno - € 7,50 dall'11° al 20° giorno - € 10,00 dal 21° al 30° giorno - € 15,00 dal 31° al 40° giorno
Cure odontoiatriche da infortunio	Fino ad € 3.500,00 (In network)
Accesso al network odontoiatrico con sconti fino al 40%	SI
Care Angel	SI
CONTRIBUTO	
<b>Contributo Annuo - Single</b>	<b>€ 30,00</b>

Età max. ingresso anni 70 compiuti.

## Elenco Grandi interventi chirurgici

Titolo	Descrizione
Cardiochirurgia	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
	Sostituzione valvolare multipla
	Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
	Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
	Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
Chirurgia Cardiovascolare	Asportazione corpi estranei o tumori del cuore
	Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
Neurochirurgia	Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache
	Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
	Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
	Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
	Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni
	Meningomidollari
	Interventi per tumori della base cranica per via transorale
	Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
	Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
	Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
	Rizotomia chirurgica intracranica
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	
Chirurgia Toracica	Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
	Resezione bronchiale con reimpianto
	Interventi sul mediastino per tumori
	Asportazione totale del timo
	Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
	Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare
Chirurgia Generale	Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
	Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
	Pancreaticoduodenectomia radicale
	Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
	Colectomia totale con linfadenectomia
	Esofagectomia totale
	Gastrectomia totale con linfadenectomia
	Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
	Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale
Chirurgia Ginecologica	Eviscerazione pelvica
	Vulvectomy allargata con linfadenectomia
	Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni
Chirurgia Ortopedica	Artroprotesi totale di anca
	Artroprotesi totale di ginocchio



Cassa di Assistenza

**SERVIZIO RIMBORSO SPESE MEDICHE**

	Artrodesi vertebrali per via anteriore
	Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio
Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale	Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni
	Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni
	Laringectomia totale, laringofaringectomia
	Intervento per neurinoma dell'ottavo paio
Chirurgia Urologica	Nefrectomia allargata per tumore
	Nefro-ureterectomia totale
	Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
	Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
	Surrenalectomia
Trapianto di organi	Tutti

## Elenco Gravi Eventi Morbosi

(elenco degli eventi garantiti in deroga alle condizioni generali del piano sanitario)

Si considerano «**Grave evento morboso**» le seguenti patologie:

- Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
  - ulcere torpide e decubiti;
  - sovrinfezioni;
  - ipertensione instabile;
  - neuropatie;
  - vasculopatie periferiche.
- Insufficienza cardiaca a labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
  - dispnea;
  - edemi declivi e stasi polmonare;
  - ipossiemia;
  - aritmie Cardiopatia ischemica.
- Insufficienza cardiaca congestizia.
- Angina instabile Aritmie gravi Infarto e complicanze.
- Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno 3 tra le seguenti manifestazioni:
  - acuta;
  - edema polmonare;
  - cronica in trattamento riabilitativo;
  - con ossigenoterapia domiciliare continua;
  - con ventilazione domiciliare;
  - cronica riacutizzata.
- Insufficienza renale acuta.
- Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale).
- Neoplasie maligne - accertamenti e cure.
- Leucemie e linfomi maligni.
- Emolinfopatie sottoposte a trapianto midollare.
- Gravi traumatismi - se controindicato intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni.
- Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%.
- Patologie neuromuscolari evolutive.
- Sclerosi multipla.
- Sclerosi laterale amiotrofica.
- Miopatie Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo.
- Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali M. di Parkinson, caratterizzato da marcata riduzione attività motoria e dal mantenimento della stazione eretta con difficoltà.
- Stato di Coma.
- Alzheimer.
- Paraplegia.
- Pancreatite acuta.
- Encefalite acuta.
- Cirrosi epatica.
- Epatite fulminante con necrosi epatica.
- Anemia aplastica con necessità di almeno una delle seguenti terapie:
  - emotrasfusioni;
  - agenti stimolanti il midollo;
  - agenti immunosoppressivi.



Cassa di Assistenza

## SERVIZIO RIMBORSO SPESE MEDICHE

- Perdita della parola.
- AIDS per emotrasfusioni in cui:
  - l'infezione deve esser contratta in seguito a trasfusione ritenuta indispensabile nell'interesse della sopravvivenza dell'assistito;
  - la trasfusione deve essere stata eseguita dopo l'adesione al piano sanitario presso strutture sanitarie private o pubbliche;
  - la struttura sanitaria deve confermare la propria azione colposa.
- Tutti i ricoveri in terapia intensiva.
- Agenesia cerebellare.
- Atassia cerebellare ereditaria di Marie 41.
- Atassia di Friedreich.
- Atassia di Friedrech-Like.
- Corea di Huntington.
- Degenerazione epatocerebrale.
- Degenerazione lenticolare oputaminale familiare.
- Distrofia di Duchenne:
  - Distrofia di Becker;
  - Distrofia muscolare oculo-gastro-intestinale;
  - Distrofia di Erb;
  - Distrofia di Landouzy-Dejerine.
- Granulomatosi di Wegener,
- Istiocitosi X.
- Malattia di Niemann Pick.
- Malattia di Wilson Pemfigoide bolloso.
- Sindrome di Budd-Chiari.
- Sindrome di Ehlers-Danlos.
- Sindrome di Goodpasture.
- Sindrome di Klippel-Trenaunay.
- Amiloidosi primarie e famigliari.
- Sarcoidosi Connettivite mista.
- Crioglobulinemia mista.
- Dermatomiosite.
- Distrofia muscolare.
- Neuorofibromatosi.
- Osteodistrofia congenite.
- Pemfigo Porpora di Schonlein-Henoch.
- Sindromi adrenogenitali congenite.
- Tumore di Wilms.
- Malattia di Whipple.
- Xeroderma pigmentoso.
- Colangite primitiva sclerosante.
- Leucodistrofia.
- Mucoviscidosi.