

“QUERCIA” PIANO RSM DES sottostante HARMONIE MUTUELLE MASSIMALE € 200.000 – OPZIONE “COMPLETA”

A chi è rivolto

I Soggetti nei confronti dei quali sono erogate le prestazioni descritte nel presente Piano Mutualistico sono il Socio Ordinario (titolare dell’adesione) e i Soci ordinari familiari ovvero: Il Socio, il coniuge o in alternativa il convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, anche non conviventi, i figli fiscalmente non a carico purchè conviventi.

La copertura può essere estesa ad uno o più componenti il nucleo familiare sopradescritto oppure per il solo titolare dell’adesione. Le prestazioni sono valide per i Soci residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Stato della Città del Vaticano al momento dell’adesione o dell’eventuale rinnovo; qualora vi sia una variazione in corso d’anno, le prestazioni saranno operanti sino alla scadenza dello stesso.

Da quando decorrono le coperture

RIMBORSO SPESE MEDICHE E DIARIE	<p>Le garanzie fermo il pagamento del contributo sono valide dalle ore 24.00:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) del giorno di effetto del Piano per gli infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto; b) dal 30° giorno successivo a quello di effetto del piano, per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto del piano; c) dal 180° giorno successivo a quello di effetto del piano per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarati il Socio nel questionario sanitario ed accettati dalla Società; d) dal 180° giorno successivo a quello di effetto del Piano per le conseguenze di stati patologici non conosciuti il Socio, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto; e) dal 300° giorno successivo a quello di effetto del Piano per il parto e l'aborto terapeutico.
--	--

Qualora il Contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza/piano emessa/o da DIRITTO E SALUTE S.M.S. o da altra Società di Mutuo soccorso o da una Compagnia di Assicurazione riguardante gli stessi Assistiti/Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza/piano sostituita/o, per le prestazioni ed i massimali da quest’ultima/o risultanti;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui al presente Piano limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni garantite.

Situazioni Pregresse

Il presente contratto è stipulato in base alle dichiarazioni rese dal Socio con apposito questionario sanitario.

Le garanzie operano esclusivamente per le malattie insorte, e gli infortuni accaduti, successivamente alla data di inserimento degli assistiti in copertura.

Le garanzie comprendono anche gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assistiti in copertura oggettivamente sconosciute a tale data e, se conosciute, dichiarate dal Socio stesso sul questionario sanitario e che non siano state oggetto da parte della Società di limitazioni o esclusioni riportate nel Piano.

Pertanto DIRITTO E SALUTE SMS si riserva di non prestare la copertura o di escludere, comunicandone l'intenzione al Socio, dalle garanzie del presente Piano le malattie e/o stati patologici e relative conseguenze dichiarate dello stesso.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Socio Ordinario o del Socio Ordinario familiare o relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della copertura, ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Continuità

Qualora il Socio abbia in corso con una Compagnia di Assicurazione/società di mutuo soccorso, analoga polizza/piano disdettata/o (non per sinistro) alla scadenza contrattuale e purché l'inserimento in copertura nel presente avvenga senza soluzione di continuità, si conviene quanto segue:

- il Socio dovrà compilare un nuovo Questionario Sanitario
- Relativamente alle dichiarazioni rese sul nuovo Questionario Sanitario le garanzie opereranno per le malattie e gli infortuni insorti successivamente alla data di decorrenza della polizza con le limitazioni ed esclusioni eventualmente previste all'atto della stipulazione del nuovo contratto e riportate nel Piano.

I termini di aspettativa sopra-indicati, salvo quanto previsto per le garanzie, i massimali e le maggiori somme assicurate in caso di polizza emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, si intendono non operanti.

Fino a quale età si può beneficiare

RIMBORSO SPESE MEDICHE E DIARIE	L'adesione al piano mutualistico è consentita alle persone di età non superiore a 75 anni Le prestazioni cessano alla prima scadenza annuale del contratto successiva al compimento dell'80° anno di età.
--	--

Dove

RIMBORSO SPESE MEDICHE E DIARIE	La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che il rimborso delle prestazioni venga effettuato in Italia, con pagamento dei rimborsi in euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.
--	--

Prestazioni

- Sezione A – Rimborso Spese Mediche
- Sezione B – Diarie - Indennità giornaliera da ricovero e per convalescenza post ricovero

Massimali

SEZIONE A) RIMBORSO SPESE MEDICHE	<p>€ 200.000 per annualità e per persona. Nel caso il piano sia esteso ai membri del nucleo i massimali previsti per le singole garanzie sono da intendersi per nucleo e non per persona, ad eccezione della sola garanzia “Terapie Oncologiche” per la quale il massimale resterà disponibile per persona. L’adesione al piano sanitario da parte del nucleo , garantisce uno sconto sul contributo, come indicato di seguito.</p> <p>2 persone ---- 5% 3 persone ---- 10% 4 o 5 pers.-----15% 6 o più -----20%</p> <p>E’ data inoltre facoltà al socio titolare dell’adesione che estende il piano al proprio nucleo, di scegliere di avere i massimali per persona e non a nucleo. In tal caso il piano non potrà beneficiare degli sconti per numero di persone componenti il nucleo come sopra-riportati.</p>
SEZIONE B) DIARIE	<p>A scelta tra € 50 - € 100 - € 150 di indennità giornaliera da ricovero e per convalescenza post-ricovero. Garanzia acquistabile congiuntamente a RSM oppure separatamente</p>

Sezione A – Rimborso Spese Mediche

Come accedere alle prestazioni

Le prestazioni possono essere erogate nelle seguenti forme:

- **Dirette:** Utilizzo di Strutture Sanitarie e medici convenzionati con DIRITTO E SALUTE SMS, compresa attività c.d. “intramoenia” in strutture del S.S.N. convenzionate con DIRITTO E SALUTE SMS stessa e attività in Strutture Sanitarie, siano esse accreditate o meno con il S.S.N.;
- **Indirette:** Utilizzo di Strutture Sanitarie e medici non convenzionati con DIRITTO E SALUTE SMS, compresa attività effettuate in c.d. “intramoenia” in strutture del S.S.N. non convenzionate con DIRITTO E SALUTE SMS stessa e attività in Strutture Sanitarie private accreditate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie in regime privatistico che non siano convenzionate con DIRITTO E SALUTE SMS oppure utilizzo di Strutture Sanitarie convenzionate con DIRITTO E SALUTE SMS senza attivare la procedura di autorizzazione della prestazione attraverso la Centrale Salute;
- **Miste:** Utilizzo di Strutture Sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di Strutture Sanitarie convenzionate e medici non convenzionati con DIRITTO E SALUTE SMS;
- **Assistenza sanitaria sociale – Indennità Sostitutiva:** Utilizzo di strutture con spese, per il periodo di ricovero, a totale carico del S.S.N. o in caso di ricovero privato per il quale il socio non richieda alcun rimborso a DIRITTO E SALUTE SMS il Socio avrà diritto ad una indennità sostitutiva giornaliera per ciascun giorno di ricovero con pernottamento con il massimo di 60 giorni per annualità e di 30 giorni per ricovero.

Sotto-massimali per prestazioni in assistenza indiretta

Per ogni Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Surgery, Day Hospital o Intervento chirurgico Ambulatoriale presso:

1. Case di Cura e medici non Convenzionati;
2. Case di Cura convenzionate e medici non convenzionati;

il socio ottiene il rimborso delle spese sostenute secondo le modalità previste dall'Articolo "Forma indiretta"– Rimborso al socio, ed i massimali qui di seguito riportati e, comunque, entro il massimale annuo indicato nel piano.

- Nel caso di **Ricovero con intervento chirurgico, Day Surgery o Intervento chirurgico Ambulatoriale** come indicato ai precedenti punti 1. e 2., le spese di intervento chirurgico e le spese sanitarie vengono rimborsate applicando il **massimale per ricovero** corrispondente al tipo di intervento chirurgico indicato nell'elenco "Classi d'Interventi Chirurgico" (vedasi All.1 al contratto).

Gli interventi chirurgici sono raggruppati in classi con massimali crescenti.

Sottomassimale

- Interventi di classe I fino a € 1.900,00
- Interventi di classe II fino a € 4.400,00
- Interventi di classe III fino a € 9.500,00
- Interventi di classe IV fino a € 12.500,00
- Interventi di classe V fino a € 19.000,00
- Interventi di classe GI € 75.000,00

In caso di pre e post il sotto-massimale sopra indicato disponibile è pari al 50% ed è in aggiunta al sottomassimale previsto per classe d'intervento, per gli accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni / terapie mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), sostenute nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico ambulatoriale e nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, Day Surgery o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

Nel caso di infortunio o malattia improvvisa durante i soggiorni all'estero i sottomassimali sopra indicati si intendono raddoppiati.

- Nel caso di **Ricovero senza intervento chirurgico presso:**

1. Case di Cura e medici non Convenzionati;
2. Case di Cura convenzionate e medici non convenzionati; le spese sanitarie vengono rimborsate con un massimale così quantificato:
 - fino a € 1.500,00 al giorno, per i primi 3 giorni
 - fino a € 750,00 al giorno, dal 4° giorno in poi
 - fino a € 1.500,00 al giorno, dal 4° giorno in poi in terapia intensiva

Nel caso di infortunio o malattia improvvisa durante i soggiorni all'estero i sottomassimali sopra indicati si intendono raddoppiati.

- Nel caso di **Day Hospital presso:**

1. Case di Cura e medici non Convenzionati;
2. Case di Cura convenzionate e medici non convenzionati;
le spese sanitarie vengono rimborsate applicando un massimale di rimborso giornaliero pari a € **1.000,00**.

Nel caso di infortunio o malattia improvvisa durante i soggiorni all'estero i sottomassimali sopra indicati si intendono raddoppiati.

Quali sono le prestazioni

Le prestazioni erogate da DIRITTO E SALUTE SMS per le coperture di Rimborso Spese Mediche sono le seguenti:

- Ricoveri con o senza interventi chirurgici, compresi Day Hospital, Day Surgery e gli interventi ambulatoriali
- Alta Diagnostica - Specialistiche extra-ospedaliere
- Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio **(estensione da richiamare)**
- Apparecchi protesici
- Cure dentarie a seguito di infortunio
- Terapie oncologiche
- Pacchetto Prevenzione
- Parto e spese neonatali

Ricoveri con o senza interventi chirurgici

La copertura, per annualità e per nucleo familiare, nei limiti e fino alla concorrenza dei massimali stabiliti, opera per le prestazioni di seguito riportate nel seguente quadro sinottico in caso di malattie e infortunio:

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	A CARICO DEL S.S.N.
Ricovero con intervento chirurgico o Day Surgery			
Massimo indennizzo € 200.000 Rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento 90 giorni prima e 90 giorni dopo	Massimo indennizzo al 100% fino al sottomassimale per il tipo di intervento (All. 1). Raddoppiati in caso di infortunio o malattia improvvisa all'estero Nessuna quota a carico del socio 50% sottomassimale per tipo intervento per Pre/post 90/90 gg	Quanto previsto per la forma diretta ed indiretta	Rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento 90 giorni prima e 90 giorni dopo E per i giorni di ricovero: Indennità sostitutiva del rimborso pari a € 200 al giorno per un massimo di 60 giorni per anno e 30 giorni per ricovero

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	A CARICO DEL S.S.N.
Intervento chirurgico Ambulatoriale			
Massimo indennizzo € 200.000 Rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento 90 giorni prima e 90 giorni dopo	Massimo indennizzo al 100% fino al sottomassimale per il tipo di intervento (All. 1). Raddoppiati in caso di infortunio o malattia improvvisa all'estero Quota del 20% delle spese a carico del Socio 50% sottomassimale per tipo intervento per Pre/post 90/90 gg	Quanto previsto per la forma diretta ed indiretta	Rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento 90 giorni prima e 90 giorni dopo

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	A CARICO DEL S.S.N.
---------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

Ricovero senza intervento chirurgico

<p>Massimo indennizzo € 200.000</p> <p>Rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento 90 giorni prima e 90 giorni dopo</p>	<p>Massimo indennizzo al 100% fino al sottomassimale giornaliero, come da capitolo "sottomassimali per prestazioni in assistenza indiretta". Raddoppiati in caso di infortunio o malattia improvvisa all'estero</p> <p>Nessuna quota a carico del socio</p> <p>50% sottomassimale per assistenza indiretta per Pre/post 90/90 gg</p>	<p>Quanto previsto per la forma diretta ed indiretta</p>	<p>Rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento 90 giorni prima e 90 giorni dopo</p> <p>E per i giorni di ricovero:</p> <p>Indennità sostitutiva del rimborso pari a € 200 al giorno per un massimo di 60 giorni per anno e 30 giorni per ricovero</p>
--	--	--	--

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	A CARICO DEL S.S.N.
Day Hospital			
<p>Massimo indennizzo € 200.000</p> <p>Rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento 90 giorni prima e 90 giorni dopo</p>	<p>Massimo indennizzo al 100% fino al sottomassimale giornaliero di € 1.000. Raddoppiato in caso di infortunio o malattia improvvisa all'estero</p> <p>Nessuna quota a carico del socio</p> <p>50% sottomassimale per assistenza indiretta per Pre/post 90/90 gg</p>	<p>Quanto previsto per la forma diretta ed indiretta</p>	<p>Rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento 90 giorni prima e 90 giorni dopo</p>

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	A CARICO DEL S.S.N.
Parto Cesareo			
<p>Massimo indennizzo € 10.000</p> <p>Rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento 90 giorni prima e 90 giorni dopo</p>	<p>Massimo indennizzo € 10.000</p> <p>Nessuna quota a carico del socio</p> <p>50% sottomassimale per assistenza indiretta per Pre/post 90/90 gg</p>	<p>Quanto previsto per la forma diretta ed indiretta</p>	<p>Rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento 90 giorni prima e 90 giorni dopo</p> <p>E per i giorni di ricovero:</p> <p>Indennità sostitutiva del rimborso pari a € 200 al giorno per un massimo di 60 giorni per anno e 30 giorni per ricovero</p>

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	SERVIZIO SOCIO SANITARIO NAZIONALE
Parto naturale (anche domiciliare)			
<p>Massimo indennizzo € 6.000</p>	<p>Massimo indennizzo € 6.000 ridotto a € 1.600 per parto domiciliare</p> <p>Nessuna quota a carico del socio</p>	<p>Quanto previsto per la forma diretta ed indiretta</p>	<p>Rimborso del 100% delle spese pre e post ricovero per evento 90 giorni prima e 90 giorni dopo</p> <p>E per i giorni di ricovero:</p> <p>Indennità sostitutiva del rimborso pari a € 200 al giorno per un massimo di 60 giorni per anno e 30 giorni per ricovero</p>

Spese pre e post ricoveri con o senza interventi chirurgici

In relazione a tali prestazioni, DIRITTO E SALUTE SMS rimborsa, alle stesse condizioni e limiti previsti per il relativo ricovero, le spese sostenute:

- **nei 90 giorni precedenti e successivi il ricovero o l'intervento chirurgico anche in day hospital/day-surgery, per:**
 - accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni / terapie mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
 - **durante il ricovero o l'intervento chirurgico, anche in day hospital/day-surgery, per:**
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - diritti di sala operatoria e materiale d'intervento, ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - assistenza medica ed infermieristica, terapie, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi,
 - medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
 - rette di degenza;
- Spese sostenute per il trasporto del Socio , con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, verso l'Istituto di cura, da un Istituto all'altro ed al ritorno dello stesso fino ad un importo di **€ 2.600,00**.

Indennità sostitutiva del rimborso delle spese inerenti il ricovero

Qualora il Socio, per il periodo di ricovero, non abbia sostenuto alcuna spesa, in quanto il ricovero stesso sia stato a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, o in caso di ricovero privato per il quale il Socio non richieda alcun rimborso a DIRITTO E SALUTE SMS, avrà diritto ad una indennità sostitutiva di € 200,00 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento, con il massimo di 60 giorni per anno di durata del piano, e di 30 giorni per ricovero.

La prima giornata di ricovero in Istituto di Cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione. Tale indennità verrà liquidata senza l'applicazione di eventuali quote a carico del socio.

L'indennità sostitutiva non verrà corrisposta al neonato, al donatore e in caso di ricovero in Day Surgery/Day Hospital.

Il socio che percepirà l'indennità sostitutiva avrà comunque diritto al rimborso delle spese sostenute nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero.

Accompagnatore

DIRITTO E SALUTE SMS rimborsa le spese sostenute per vitto e pernottamento, nell'Istituto di Cura, dell'accompagnatore fino a € 80,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per anno di durata del piano.

In caso di ricovero del Socio all'estero, la presente garanzia viene estesa al rimborso delle spese sostenute dall'accompagnatore in albergo nel caso che non sia possibile l'alloggio presso l'Istituto di Cura.

Qualora il socio non abbia sostenuto alcuna spesa, in quanto il ricovero con o senza intervento, Day Surgery o Day Hospital sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, le spese per l'accompagnatore non vengono riconosciute.

Donatore

DIRITTO E SALUTE SMS , nel caso in cui il Socio subisca un intervento di trapianto di organi, rimborsa le spese sanitarie relative al donatore durante il ricovero per gli accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza infermieristica, cure e medicinali.

Prestazioni fuori ricovero di Alta Specializzazione

DIRITTO E SALUTE SMS rimborsa fino alla concorrenza di € 3.000,00 secondo l'Opzione prescelta, le spese sostenute, purché rese necessarie da infortunio o malattia denunciate, per le seguenti prestazioni:

- ARTROGRRAFIA
- DENSITOMETRIA OSSEA / MOC
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- DOPPLER / ECODOPPLER / ECOLORDOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA / ELETTROCARDIOGRAFIA BASALE E DA SFORZO
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- ELETTROMIOGRAFIA
- ESAME HOLTER
- ESAMI ECOTOMOGRAFICI / ECOGRAFICI
- ESAMI ANGIOGRAFICI CON O SENZA CONTRASTO
- ESAMI ENDOSCOPICI CON O SENZA CONTRASTO
- ESAMI ISTOPATOLOGICI - ISTOLOGICI
- ESAMI SCINTIGRAFICI
- FLEBOGRAFIA
- FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE INDAGINI DI MEDICINA NUCLEARE/RADIOISOTOPICI - ISTEROSALPINGOGRAFIA
- MIELOGRAFIA
- P.E.T.
- RADIONEFROGRAMMA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCIALOGRAFIA CON CONTRASTO
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA

Per ogni prestazione, in assistenza diretta o indiretta, il rimborso delle spese, effettivamente sostenute e documentate avverrà con l'applicazione di uno **scoperto del 25% col minimo € 75.**

Qualora il socio si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle spese rimaste a suo carico avverrà senza l'applicazione dello scoperto di cui sopra.

Per ottenere il rimborso dovrà essere presentata la prescrizione medica che giustifichi la necessità delle suddette prestazioni, completa di patologia sospetta o accertata.

Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio (operante solo se richiamata nel piano)

DIRITTO E SALUTE SMS rimborsa fino alla concorrenza di € 1.500,00= se prevista dall'Opzione prescelta, le spese sostenute, purché rese necessarie da infortunio o malattia denunciate, per le seguenti prestazioni:

1. onorari medici per visite specialistiche con prescrizione redatta dal medico curante o dallo specialista con patologia accertata o sospetta e indicazione della data d'insorgenza; è possibile in alternativa alla prescrizione il referto del medico specialista, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio.

In quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero o altra documentazione che documenti oggettivamente l'infortunio;

2. analisi di laboratorio ed esami diagnostici prescritti dal medico curante con esclusione di quelli elencati al precedente punto "Alta Specializzazione" e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio; in quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero o altra documentazione che documenti oggettivamente l'infortunio. Sono altresì esclusi test di gravidanza, analisi di laboratorio ed ecografie di controllo della gravidanza.

Il rimborso delle spese, sia in forma diretta che indiretta, avverrà con l'applicazione di una quota a carico del socio del 25% con il minimo €50,00 per evento.

Qualora il socio si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle spese rimaste a suo carico avverrà senza l'applicazione dello scoperto di cui sopra.

Per ottenere il rimborso dovrà essere presentata la prescrizione e /o referto medico che giustifichi la necessità delle suddette prestazioni, completa di patologia sospetta o accertata-

Apparecchi protesici

DIRITTO E SALUTE SMS rimborsa le spese relative all'acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici sino alla concorrenza dell'importo massimo di € 2.600,00, secondo l'Opzione prescelta, in caso di evento verificatosi durante il periodo di validità della garanzia che comporti perdite anatomiche o funzionali.

Cure dentarie a seguito di infortunio

DIRITTO E SALUTE SMS rimborsa le spese relative a cure dentarie, compresa la fornitura di protesi dentarie, quando sono rese necessarie a seguito di infortunio documentato dal Pronto Soccorso o altra documentazione che accerti oggettivamente l'infortunio ed indennizzabile a termini di **contratto, col massimo per evento € 5.000,00, secondo l'Opzione prescelta.**

Terapie oncologiche

DIRITTO E SALUTE SMS rimborsa fino alla concorrenza del limite di € 25.000,00 per persona per anno di durata del piano le spese sostenute per chemioterapia oncologica e radioterapia antitumorale, effettuate in regime di ricovero, Day Hospital o ambulatorialmente.

Pacchetto prevenzione

La presente garanzia è valida solo per soci di età superiore a 30 anni e può essere eseguita solo in assistenza diretta presso il Network Sanitario Convenzionato.

Il Pacchetto Prevenzione dovrà essere effettuato **in un'unica soluzione** e comprende **sempre**:

- Emocromo completo
- VES
- AZOTEMIA
- GAMMA GT
- Glicemia
- Colesterolo totale
- HDL/LDL
- Trigliceridi
- Transaminasi ASL
- Transaminasi ALT
- creatinina
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)

L'esito degli esami è strettamente personale e verrà consegnato in unica copia esclusivamente al Socio.

Il Socio può attivare il pacchetto Prevenzione una volta ogni due anni. Successivamente alla prima attivazione effettuata nel corso del secondo anno di vita del contratto, le prestazioni di prevenzione seguiranno con la stessa cadenza biennale.

Parto

DIRITTO E SALUTE SMS, in caso di ricovero per parto, effettua il rimborso delle spese indicate nell'Articolo "Spese Rimborsabili", comprensivo delle spese neonatali, fino alla concorrenza di:

- € 6.000,00 In caso di parto spontaneo
- € 10.000,00 In casi di parto con Taglio Cesareo

DIRITTO E SALUTE SMS inoltre, a parziale deroga dell'Articolo "Rischio garantito", nei casi di parto non cesareo effettuato senza ricovero in Istituto di Cura, corrisponde un'indennità pari a € 1.600,00.

In caso di ricovero per Parto, non verranno effettuati rimborsi di importi superiori ai massimali sopra indicati anche in presenza di altri Interventi concomitanti, se non diagnosticati precedentemente, con relativa documentazione medica (diagnostica per immagine e referti) e previa autorizzazione da parte di DIRITTO E SALUTE SMS.

Spese Neonatali

DIRITTO E SALUTE SMS rimborsa le spese sostenute durante il periodo di ricovero del neonato patologico, nei primi tre mesi di vita, sempreché la garanzia per il parto risulti già operante, a termini di contratto, nei confronti della madre.

In deroga al punto b) dell'Art. 1.3 "Esclusioni" del contratto sono compresi per il solo neonato, nei primi tre mesi di vita, anche i ricoveri per interventi relativi alla eliminazione o correzione di malformazioni congenite.

Sezione B – Diarie – Indennità giornaliera

Quali sono le prestazioni

Le prestazioni erogate da DIRITTO E SALUTE SMS per le coperture Diarie – Indennità giornaliera sono le seguenti:

- Indennità giornaliera da ricovero
- Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero

Indennità giornaliera da ricovero

DIRITTO E SALUTE SMS corrisponde al socio l'indennità giornaliera concordata e indicata in Polizza fino ad un massimo di € 150,00 a seguito di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico eseguito in conformità con la vigente normativa.

L'indennità è corrisposta per i giorni di ricovero nell'Istituto di Cura con il limite di 300 giorni per ciascun evento e per anno di durata del piano.

La prima giornata di ogni ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.

Se il ricovero è effettuato in regime di Day hospital/Day Surgery (degenza diurna) l'indennità viene corrisposta in misura pari al 50% di quella concordata.

Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero

DIRITTO E SALUTE SMS corrisponde al socio l'indennità giornaliera concordata e indicata nel piano fino ad un massimo di € 150,00 a seguito di convalescenza successiva ad un ricovero in Istituto di Cura fino ad un massimo di 30 giorni per ogni ricovero e 60 giorni per anno di durata del piano con franchigia di 3 giorni ed alle seguenti condizioni:

- malattia senza intervento chirurgico, purché il ricovero abbia avuto durata non inferiore a due giorni;
- malattia con intervento chirurgico, indipendentemente della durata del ricovero, anche in regime di Day Hospital;
- infortunio, indipendentemente della durata del ricovero, anche in regime di Day Hospital. Per i casi di frattura, lussazione, distorsione, con applicazione di apparecchio gessato, tensoplast o tutori/fissatori ortopedici esterni di qualsiasi materiale, la garanzia è operante anche senza ricovero, su presentazione di documentazione rilasciata dal Pronto Soccorso o Emergenza dell'Istituto di Cura e dalla quale si evince il numero di giorni per il quali dovrà essere tenuto l'apparecchio.
- Parto (solo parto cesareo) massimo 10 gg.

Le indennità giornaliere di convalescenza vengono liquidate:

- integralmente, per ogni giorno in cui il Socio si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle sue occupazioni;
- al 50 % per ogni giorno in cui il Socio non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità giornaliera da convalescenza post ricovero è cumulabile con l'indennità giornaliera da ricovero al punto all'Art. B1 del contratto.

ESCLUSIONI Sezione A) RSM e Sez. B) DIARIE

Il piano non è operante per:

- a) le complicità, conseguenze dirette e indirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto e:
 - dichiarati alla Società con Questionario Sanitario ed esplicitamente escluse dalla Società nel certificato di polizza;
 - non dichiarate alla Società nel questionario sanitario;
- b) l'eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti e/o preesistenti alla stipulazione della polizza, fatta eccezione per le malformazioni congenite delle quali il socio sia portatore inconscio;
- c) gli interventi e cure delle miopie e/o astigmatismo e correzione del visus,
- d) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) gli infortuni derivanti da delitti dolosi del socio;
- f) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, immersione con autorespiratore, sport aerei, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli, moto o natanti a motore.
- h) gli infortuni derivanti dagli sport praticati a livello professionistico;
- i) l'aborto volontario non terapeutico;
- j) le terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza;
- k) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza);
- l) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 8/11/91 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- m) le degenze dovute alla necessità del socio, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- n) le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di contratto;
- o) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto all'art.A2 e A3 lettera f) del contratto;
- p) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e l'accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- q) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni, cui il socio abbia preso parte, i quali abbiano movente politico o sociale; di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche.
- r) le terapie oncologiche, salvo quanto previsto all'articolo A3 lettera "i" del contratto.
- s) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up (ricoveri impropri)
- t) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, nonché quelle effettuate per familiarità o per predisposizione genetica inclusi i test genetici;
- u) trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio.

In ogni caso la DIRITTO E SALUTE SMS non è tenuta a fornire copertura e non è tenuta a pagare qualsiasi richiesta o fornire alcun beneficio nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio possa esporre la parte a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea o dagli Stati Uniti d'America.

Modalità di erogazione delle prestazioni

Le prestazioni previste nel piano mutualistico vengono erogate, nel limite dei massimali pattuiti per ciascun Socio, con le modalità, i limiti ed i criteri qui di seguito elencati.

Si ricorda e precisa che **DIRITTO E SALUTE SMS** eroga le sue prestazioni ai Soci attraverso la **Centrale Operativa** del provider **MY ASSISTANCE** che opererà in nome e per conto di DIRITTO E SALUTE SMS.

Il Socio potrà verificare sul sito www.myassistance.it l'elenco delle Strutture Sanitarie Convenzionate e gli eventuali aggiornamenti.

Attenzione: l'elenco delle Case di Cura è da ritenersi puramente indicativo in quanto soggetto ad aggiornamenti. È necessario pertanto contattare sempre la Centrale Operativa per conoscere in tempo reale lo stato dei convenzionamenti e per usufruire del servizio prenotazioni.

Forma Diretta: Struttura Sanitaria e medici convenzionati

Scelta della Struttura Sanitaria e della equipe medico/chirurgica di fiducia

Il Socio individua la struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate tramite il sito www.myassistance.it oppure, se in possesso delle credenziali (login e password), entrando nella area riservata tramite il sito: <https://app.myassistance.eu> oppure contattando:

LA CENTRALE OPERATIVA

attiva dal lunedì al venerdì (feriali) dalle 8.30 alle 18.00 ai seguenti numeri telefonici:

Dall'Italia: Numero Verde: 800.101.888

Da Cellulare o dall'estero: Numero: +39 02 303500888

In caso di intervento chirurgico, la Centrale Operativa verifica presso la struttura sanitaria che anche l'equipe medica/chirurgica sia convenzionata e che la prestazione richiesta sia indennizzabile a termini di contratto. Qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dal socio all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte del provider secondo quanto previsto nel piano.

- RICHIESTA DI PRESTAZIONE IN FORMA DIRETTA

Prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno:

3 giorni lavorativi in caso di Ricovero Ospedaliero


2 giorni lavorativi per le ulteriori prestazioni

(salvo i casi di comprovata urgenza) **il socio deve sempre contattare la centrale operativa inviando:**

sinistri.mtuades@myassistance.it

o fax: +39 02 871.819.75

la prescrizione del medico, indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta, la data di insorgenza, la prestazione richiesta, e l'indicazione del Centro Sanitario prescelto, del giorno e dell'ora dell'appuntamento.

 **Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che il Socio acceda agli operatori sanitari esclusivamente contattando la centrale operativa, in mancanza del quale il servizio non è operante.**

La Centrale Operativa provvederà alla raccolta di tutte le informazioni indispensabili per la gestione della richiesta richiedendo altresì, se necessario, l'invio di documentazione medica utile alla corretta valutazione del caso. Dopo

aver effettuato le opportune verifiche, comunicherà al socio la conferma dell'avvenuta autorizzazione all'Assistenza Diretta.

Successivamente provvederà all'invio del documento di presa in carico al Centro Sanitario interessato, con copia al socio

Il Socio si recherà quindi all'appuntamento pagando il costo previsto a suo carico.

Qualora non fosse possibile autorizzare l'assistenza diretta con la sola documentazione medica inoltrata, la Centrale Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali oppure, negare l'autorizzazione all'Assistenza Diretta.

- ACCETTAZIONE PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA


Al momento dell'ingresso nella struttura, il Socio deve firmare per accettazione il "Modulo di presa in carico" nel quale vengono indicati gli eventuali importi (scoperti, quota a carico del socio ecc.) o tipologie di spese che rimangono a suo carico e che quindi lo stesso dovrà saldare direttamente all'atto della dimissione.

Per le prestazioni fuori ricovero il socio dovrà presentarsi presso il Centro Convenzionato munito di richiesta del proprio medico curante, indicante la prestazione da effettuare e la patologia sofferta.

Il socio prende atto del fatto che l'Istituto di Cura, all'atto della dimissione, invierà al provider tutta la documentazione sanitaria inerente al ricovero, con particolare riguardo alla copia della cartella clinica e ai documenti fiscali (fatture, parcelle, etc.) affinché quest'ultimo possa provvedere alla valutazione e alla successiva liquidazione diretta delle somme dovute.

Altri titoli di spesa, per i quali il Socio abbia diritto al rimborso, in base all'opzione a lui dedicata, dovranno essere inviati dal socio stesso al provider che provvederà alla relativa liquidazione.

In tutti i casi in cui per qualsivoglia motivo non fosse operante la garanzia per il pagamento diretto da parte del provider delle spese di cura e ricovero, l'assistenza sarà prestata in forma indiretta.

-  **Qualora da controlli amministrativi successivi, risultasse che le prestazioni sanitarie non siano attive per l'annualità in corso oppure, risultasse la mancanza della regolarità amministrativa del piano o della singola posizione, il socio non avrà diritto al rimborso delle spese presentate e, conseguentemente, dovrà saldare in proprio al Provider e/o alla Struttura Sanitaria TUTTE le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in regime di Assistenza Diretta.**


Forma Indiretta: Struttura Sanitaria e medici NON convenzionati

Qualora non ci si avvalga dei Servizi Convenzionati con il provider o non si sia concordato preventivamente con la centrale operativa l'attivazione dell'Assistenza "Diretta" con le modalità indicate, il provider effettua il rimborso delle prestazioni al Socio, secondo i limiti contrattuali indicati nell'opzione di garanzia a lui dedicata.

Il provider effettua il pagamento di quanto dovuto per singolo evento a cura ultimata e dietro presentazione, in copia ed unitamente al modulo di richiesta di rimborso opportunamente predisposto, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla cartella clinica completa.

La documentazione deve essere intestata al Socio e il rimborso avviene in favore del Socio stesso o degli eredi legittimi previa presentazione dell'atto notorio e di iban cointestato agli eredi del de cuius.

In caso di presenza di minori eredi risulta necessario, inoltre, ricevere l'ordinanza del Giudice Tutelare.

-  **Agli effetti del rimborso, tutte le prestazioni richieste devono essere prescritte ed effettuate da medico, corredate dalla relativa diagnosi/presunta diagnosi, nonché fatturate da un Istituto di Cura, da uno studio medico, da medico specialista e/o da personale abilitato ad effettuare le prestazioni prescritte.**

Si precisa che nel caso di Ricovero con intervento chirurgico, Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale in Case di Cura e/o medici non Convenzionati, le spese di intervento chirurgico e le spese sanitarie vengono rimborsate con il limite del massimale corrispondente al tipo di intervento chirurgico indicato nell'Elenco "Classi d'Interventi Chirurgico" (All.1 al contratto).

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato entro 30 giorni lavorativi a partire dalla data di ricevimento della necessaria documentazione medica e delle relative notule e fatture in copia, come soprariportato, pervenuta per il tramite del portale Web.

Per richiedere al Provider il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dall'opzione dedicata al Socio, lo stesso potrà procedere:

in modalità cartacea:

inviando l'apposito modulo e ai relativi documenti indicati al paragrafo precedente, al seguente indirizzo:

MyAssistance
Via R. Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano (MI)

in modalità digitale:

Dovrà accedere alla propria area riservata sul portale web di MyAssistance.

Le richieste acquisite perverranno direttamente al provider che procederà alla valutazione dei rimborsi dovuti secondo le condizioni di assicurazione.

Il rimborso delle spese avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate dal socio.

In caso di spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia; la relativa documentazione dovrà essere prodotta dal socio corredata da traduzione in lingua italiana, a totale carico dello stesso.

Forma Mista: Struttura convenzionata/medici NON convenzionata

DIRITTO E SALUTE SMS paga per conto del socio direttamente alla struttura sanitaria convenzionata la componente di spesa indennizzabile a termini di contratto relativa alla struttura sanitaria, al netto di scoperti e/o quote a carico del socio indicati nell'opzione prescelta dal socio. Il socio, invece, sostiene in proprio gli scoperti e

le quote a suo carico oltre che la componente di spesa relativa ai medici o professionisti abilitati non convenzionati richiedendone successivamente il rimborso a DIRITTO E SALUTE SMS. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di contratto, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate con il provider e medici chirurghi o professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate sulla base dei limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione e secondo le modalità indicate ai precedenti punti “forma diretta”, “forma indiretta” e “forma mista”. Nel caso di richiesta di corresponsione dell’indennità sostitutiva, il socio dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all’originale.

Pagamento dell’indennizzo: richiesta di rimborso tramite upload

Il pagamento dell’indennizzo viene effettuato a cura ultimata, entro 30 giorni dalla data di presentazione della documentazione completa richiesta dal provider. Il pagamento delle richieste di rimborso avverrà solo tramite bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN fornite dal socio.

Le liquidazioni dei danni vengono effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

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

Il socio, in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine il socio dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.myassistance.it.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. Il Provider e la DIRITTO E SALUTE S.m.s. si riservano di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

Gestione della documentazione di spesa

- Prestazioni in strutture sanitarie Convenzionate:

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dal Provider ed effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura al Socio.

- Prestazioni in strutture sanitarie Non Convenzionate:

DIRITTO E SALUTE SMS, al fine di mantenere aggiornato il socio in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede a mettere a disposizione degli interessati, per il tramite della propria AREA RISERVATA:

- un riepilogo delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;
- un riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell’anno con l’indicazione dell’importo richiesto, dell’importo liquidato e dell’eventuale quota di spesa rimasta a carico del socio.