

Regolamento del Piano Sanitario

OPERA COVID

PLUS +

SOMMARIO	pagine
Glossario	3
Norme Generali	10
Norme che regolano tutte le Garanzie	14
Prestazioni Ospedaliere	17
Servizi della Centrale Salute – Agevolazioni economiche	20
Altre agevolazioni economiche	22

GLOSSARIO

Assistenza Diretta

Modalità di erogazione del servizio in base alla quale le prestazioni sono effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate utilizzando personale medico Convenzionato, per il tramite di Health Assistance. In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Mutua Nazionale alle Strutture e ai Medici Convenzionati (escluse eventuali quote a carico del Socio). L'Assistenza diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla presa in carico (P.I.C.). L'elenco delle Strutture Convenzionate è consultabile dal Socio nella propria area riservata.

Assistenza Indiretta

Modalità di erogazione del servizio in base alla quale, dietro presentazione di richiesta da parte del Socio, Mutua Nazionale rimborsa le spese mediche sostenute, nei termini previsti dal presente Piano Sanitario. E' necessario allegare alla richiesta di Rimborso la documentazione medica ed i documenti di spesa. Nel caso in cui la prestazione venga effettuata in una Struttura Sanitaria Convenzionata, è necessario presentare il modulo di Accesso al Network per il proprio riconoscimento.

Attività professionale

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

Animale domestico

Animale che vive stabilmente in un'abitazione con un Nucleo familiare. Al fine di attivare la copertura dovrà essere presentata a Mutua Nazionale copia dell'iscrizione all'anagrafe canina da cui risulti il codice del micro cip ovvero del tatuaggio.

Carenza (termine di aspettativa)

Il tempo che intercorre tra la decorrenza del Piano Sanitario e l'effettiva operatività delle prestazioni.

Cartella Clinica

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il Ricovero che raccoglie le informazioni di tipo medico ed infermieristico. Contiene le generalità per esteso del Socio, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, atto

operatorio, esami e diario clinico. In quanto atto pubblico non è ammessa alcuna alterazione ovvero alcuna modifica, aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo – anche se protese al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti – se non da parte dello stesso Pubblico Ufficiale che l'ha formata, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

Centrale Salute

Uffici dedicati alla gestione delle prese in carico (P.I.C.) in forma diretta e delle pratiche di Rimborso, nonché a fornire le informazioni necessarie ai Soci per l'accesso alle prestazioni e ai servizi.

Centro Convenzionato

Case di cura, centri diagnostici, centri polispecialistici, ospedali, laboratori di analisi, centri fisioterapici, studi medici specialistici, studi odontoiatrici e qualsiasi altra struttura o professionista che abbia stipulato un accordo di Convenzione con la Centrale Salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni oggetto della garanzia, sia in forma diretta che indiretta.

Centro diagnostico

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

Ciclo di cura

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

Convalescenza

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

Data Evento

Per Ricoveri ed Interventi chirurgici si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento. Per le altre prestazioni previste dal Piano Sanitario si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente erogata (se presenti più fatture per lo stesso Evento la data si intenderà quella della prestazione relativa alla fattura con data antecedente).

Data insorgenza patologia

La data in cui lo stato patologico si è manifestato e/o è stato diagnosticato e/ è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

Day Hospital

Degenza in Istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentata da Cartella Clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

Day Surgery

Degenza in Istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentata da Cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti chirurgici.

Decadenza

Termine massimo entro il quale presentare la documentazione ai fini dell'Assistenza Indiretta (Rimborso). La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'Evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del Rimborso. La sospensione dell'istruttoria della pratica di Rimborso, a seguito di richiesta di integrazione documentale per incompletezza, non comporta interruzione del termine decadenziale di cui sopra.

Difetto Fisico

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

Evento

Il fatto per il quale operano le garanzie del presente Piano Sanitario. In caso di Ricovero ordinario e di trasferimento in altra struttura si considera "unico Evento" in quanto avvenuto senza soluzione di continuità. In quanto Evento unico non potranno cumularsi Rimborsi relativi alle differenti garanzie.

Garanzia

Prestazioni e servizi per i quali si prevede il Rimborso o diaria o contributo, secondo i termini indicati dal Piano Sanitario. Il presupposto dell'operatività della garanzia è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) derivante da Malattia o Infortunio.

Gessatura

Apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate o con fasce rigide oppure con apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile o rimovibile esclusivamente da personale medico o paramedico, limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura accertata.

Guida operativa per accesso ai servizi e alle prestazioni

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

Health Point

Centri di sanità leggera Convenzionati con la Centrale Salute dotati di devices di ultima generazione che consentono di promuovere un corretto stile di vita e benessere ed effettuare prestazioni di diagnosi anche attraverso consulenze mediche e refertazioni online. I dati elaborati confluiscono in una Cartella sanitaria (fascicolo sanitario elettronico). Per maggiori informazioni si consulti il sito www.healthpointitalia.com.

Health Point Medical Care

Network di centri medici polispecialistici dotato di strumentazioni innovative e personale specializzato.

Inabilità temporanea

L'incapacità fisica, totale o parziale, di svolgere le proprie attività in via temporanea a seguito di Infortunio o Malattia.

Indennità integrativa

Importo giornaliero erogato da Mutua Nazionale per far fronte alle necessità di recupero conseguenti a Infortunio o Malattia. L'Indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese sostenute per il Ricovero. Spese pre e post verranno rimborsate nei termini del presente Piano Sanitario.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato da Mutua Nazionale per far fronte alle necessità di recupero conseguenti ad Infortunio o Malattia. L'Indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese sostenute per il Ricovero e non prevede il riconoscimento delle spese pre e post.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura sanitaria pubblica, che abbiano come conseguenza un'inabilità temporanea, un'inabilità permanente, la

morte oppure una delle altre prestazioni previste dal presente Piano Sanitario . Il referto di Pronto Soccorso dovrà attestare le circostanze dell'Evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'Evento. Sono escluse le conseguenze dell'Evento in cui manchi l'esteriorità della causa, come gli sforzi e gli atti di forza.

Infortunio odontoiatrico

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie che siano documentate da referto di Pronto Soccorso di Struttura sanitaria pubblica, che attesti le circostanze dell'Evento, le cause e le conseguenze.

Integratori alimentari/ dispositivi medici naturali

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

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

Intervento chirurgico

Atto medico con diretta finalità terapeutica realizzato mediante cruentazione di tessuti e mediante l'uso di strumenti chirurgici e idonee apparecchiature. Si considera Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta delle fratture. Salvo diversamente previsto nella singola garanzia del presente Piano Sanitario, sono considerati Interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, ovvero che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi biopistici ecc, non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Intervento chirurgico eseguito senza Ricovero e quindi senza degenza.

Invalidità permanente

La definitiva incapacità fisica, parziale o totale, ad attendere alle proprie occupazioni.

Istituto di cura

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

Lesioni da sforzo/atto di forza

Lesioni causate da Eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza.

Malattia

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

Malattia oncologica

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

Malformazione

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

Manifestazione

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

Massimale/sub-Massimale

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

Medico

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

Mutua

Mutua Nazionale Società di Mutuo Soccorso.

Patologia pregressa

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

Pratica

Insieme completo di tutti i documenti relativi all'Evento per il quale si chiede Rimborso o indennizzo nei termini del presente Piano Sanitario .

Premorienza

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

Presa in carico (P.I.C.)

Documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta del Socio e in ottemperanza a quanto previsto dal presente Piano Sanitario, invia alle Strutture Convenzionate per il servizio di accesso alle prestazioni in forma diretta. In nessun caso l'autorizzazione alla Presa in Carico dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito dell'ulteriore valutazione documentale ovvero solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata da parte della Struttura Sanitaria. Il Socio si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non oggetto di autorizzazione, non rimborsabili o escluse, sulla base del Piano Sanitario sottoscritto, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse o indicate in fase di autorizzazione, ma comunque previste dal Piano Sanitario.

Quote di spesa a carico del Socio

Importi di spesa che rimangono a carico del Socio.

Ricovero improprio

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

Ricovero ordinario

La degenza comportante pernottamento in Istituto di cura, documentata da Cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti medici e/o terapeutici e/o chirurgici, purché tale periodo di presenza in ambito ospedaliero comprenda un minimo di ore continuative pari ad almeno 20 e venga debitamente documentato da apposita certificazione ospedaliera.

Rimborso

La somma dovuta dalla Mutua al Socio in caso di Evento e prestazione rimborsabile nei termini del presente Piano Sanitario.

Socio

- Persona fisica iscritta regolarmente a Mutua Nazionale il cui interesse è protetto dal Piano Sanitario, cittadino della Repubblica Italiana o cittadino straniero residente in Italia. Il Socio potrà indicare anche i famigliari beneficiari delle prestazioni, dei Sussidi e delle assistenze mutualistiche, che assumeranno la qualifica di *“iscritti beneficiari”*;
- Persona giuridica ed enti, a condizione che operino in rappresentanza dei lavoratori aderenti, che assumeranno la qualifica di *“iscritti beneficiari”*.

Statuto e Regolamento Applicativo di Mutua Nazionale

Documentazione che regola il rapporto associativo con Mutua Nazionale, costituente parte integrante e sostanziale del presente Piano Sanitario. Sono sempre consultabili e messi a disposizione del Socio nella propria Area Riservata.

Struttura VIP

L'Istituto Provincia Italiana dell'Istituto delle Suore Mercedarie, gli Health Point, gli Health Point Mediacal Care ed ogni altra Struttura di cui all'elenco messo a disposizione del Socio nella propria Area Riservata.

Visita specialistica

La visita effettuata da Medico chirurgo in possesso del titolo di specializzazione, per diagnosi e prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Norme Generali

Art. 1 – OGGETTO

Oggetto del presente Piano Sanitario è il Rimborso delle spese sanitarie, ovvero l'erogazione delle prestazioni, sostenute dai Soci a seguito di diagnosi di positività al Covid-19, verificatesi nel corso di validità del presente Sussidio, nonché prestazioni di supporto sociale e familiare.

Art. 2 – SOCI

Possono essere Soci le persone fisiche che ne facciano richiesta e siano cittadini della Repubblica Italiana o cittadini stranieri residenti in Italia, nonché le persone giuridiche, pubbliche o private, gli Enti associativi, ivi inclusi i Fondi sanitari integrativi e gli Enti mutualistici secondo quanto previsto dalle leggi vigenti e dallo Statuto. Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate a favore dell'Associato Titolare del Sussidio, nonché del relativo Nucleo Familiare.

Rientrano nella definizione di Nucleo Familiare del Socio persona fisica e del rappresentato del Socio diverso dalla persona fisica: il coniuge, il convivente di fatto, l'altra parte dell'unione civile, i figli conviventi, i genitori conviventi.

Tutte le richieste verranno valutate dal Consiglio di Amministrazione di Mutua Nazionale sulla base delle disposizioni dello Statuto e del Regolamento applicativo (art. 3 Regolamento Applicativo).

L'aspirante Socio dovrà compilare e sottoscrivere la domanda di adesione, provvedere al versamento della quota di iscrizione determinata dal CdA e al pagamento del relativo contributo mutualistico.

Accertato il versamento di quanto dovuto si procederà con l'iscrizione del nominativo nel Libro dei Soci, con conferma via mail all'interessato.

Il presente Piano Sanitario è attivabile dall'Associato:

- in formula "Single"

È data, altresì, facoltà all'Associato Titolare del Sussidio di estendere volontariamente la presente copertura a ciascun componente del Nucleo Familiare a fronte del versamento del relativo contributo.

Il Socio persona fisica potrà indicare le prestazioni, i Sussidi e le assistenze mutualistiche presenti nel Piano Sanitario, nonché gli eventuali familiari beneficiari delle prestazioni e delle assistenze mutualistiche.

I Soci persona giuridica opereranno in rappresentanza dei lavoratori aderenti e dei loro familiari. Il Socio, per i rappresentati ed i loro familiari, indica le prestazioni, i Sussidi e le assistenze mutualistiche presenti nel Piano Sanitario.

Le garanzie offerte dal presente Piano Sanitario non si applicano in favore di personale sanitario, medico, infermieristico ed OSS, anche se dipendenti delle Pubbliche amministrazioni.

Sono invece ricompresi nella presente copertura i militari di ogni arma, la Polizia di Stato, ed il Corpo nazionale dei Vigili del fuoco.

Art. 3 – LIMITI DI ETÀ'

L'adesione al presente Sussidio sarà possibile per tutti i Soci che alla data di attivazione non abbiano compiuto i 68 anni di età.

Quanto previsto al comma precedente si intende valido anche nel caso di adesione al Sussidio dei componenti del Nucleo familiare; in particolare, l'adesione al presente Sussidio sarà possibile per il solo componente del Nucleo familiare che non abbia già compiuto 68 anni.

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

Art. 4 – CONTRIBUTI

L'ammontare del contributo che i Soci devono versare per le prestazioni ed i Sussidi erogati è stabilito dal CDA e viene differenziato a seconda del Piano Sanitario.

ART 5 – PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO E DECORRENZA

Il pagamento del contributo aggiuntivo può essere corrisposto a Mutua Nazionale in rate semestrali, trimestrali o mensili, previa autorizzazione dell'Associato al pagamento delle rate successive mediante Rid bancario o carta di credito.

Mutua Nazionale eroga le prestazioni se è stato pagato il contributo base e aggiuntivo. La data di decorrenza si intende fissata dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento.

ART. 6 – RITARDATO E MANCATO VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

Il ritardato pagamento dei contributi da parte del Socio comporta la sospensione dell'erogazione delle prestazioni dalla data di inizio dell'omissione contributiva. La Società, ricevuto il pagamento dei contributi arretrati, si riserva di svolgere le verifiche bancarie ed amministrative relative al versamento e, nel caso in cui i riscontri siano positivi, riattiverà l'erogazione delle prestazioni.

Se la morosità supera i 180 giorni il Socio decade *ipso jure* da tale qualifica con conseguente effetto, ivi compresa l'esclusione della qualifica di Socio e la cancellazione dal Libro dei Soci. In tale ultima ipotesi il Socio decade dal diritto per qualunque prestazione e/o Sussidio.

ART. 7 – DURATA DEL PIANO SANITARIO E TACITO RINNOVO

Il presente Piano Sanitario si intende valido per la durata di un anno a decorrere dal giorno di attivazione (art. 5).

Il Piano Sanitario si intende rinnovato con l'obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste, salvo che il Socio non invii comunicazione di non rinnovo mediante lettera raccomandata A/R oppure via PEC spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale. In ogni caso Mutua Nazionale, entro 60 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo mail al Socio le condizioni di rinnovo per la successiva annualità.

ART. 8 – DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Il sottoscrittore della domanda di adesione può esercitare il diritto di ripensamento entro 14 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione della domanda di adesione medesima, a condizione che non sia stata data esecuzione al contratto, inviando comunicazione a mezzo lettera raccomandata A/R oppure via PEC a Mutua Nazionale. Il sottoscrittore esercitando il diritto di ripensamento entro il termine sopra indicato ha diritto al Rimborso degli importi versati a Mutua Nazionale a titolo di quota associativa annuale e di contributo relativi al Piano Sanitario scelto.

ART. 9 – DIRITTO DI RECESSO

Ai sensi dell'art. 12 del Regolamento Applicativo, il Socio può esercitare il diritto di recesso in qualsiasi momento, inviando raccomandata A/R alla sede legale della Società oppure comunicazione a mezzo PEC almeno 60 giorni prima della scadenza. Il Recesso avrà efficacia alla scadenza del Piano Sanitario. Il Socio recedente non ha diritto al Rimborso di alcuna somma versata.

ART. 10 – TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'Evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del Rimborso.

ART. 11 – DICHIARAZIONI E COMUNICAZIONI DELL'ASSOCIATO

Le dichiarazioni non veritiere rese dal Socio ai fini di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da Mutua Nazionale in caso di Evento rimborsabile in base al presente Piano Sanitario. Nel caso di simulazioni del verificarsi delle condizioni necessarie ad ottenere il Rimborso, Mutua Nazionale si riserva di deliberare l'immediata esclusione del Socio senza restituzione dei contributi nel frattempo versati.

ART. 12 – RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

Ogni e qualsivoglia controversia che dovesse insorgere tra Soci, amministratori e Mutua Nazionale, o essere collegata, direttamente o indirettamente, all'interpretazione, validità, efficacia, esecuzione o risoluzione dello Statuto e dei Regolamenti, nonché alla domanda di adesione, sarà devoluta in via esclusiva al Foro di Roma.

ART. 13 – MASSIMALI

Tutti i Massimali e sub-Massimali menzionati nel presente Piano Sanitario sono da intendersi per anno di validità del Piano Sanitario medesimo, salvo diversamente espresso nelle singole garanzie. Ogni Massimale e sub-Massimale indicato è da intendersi unico per tutti i componenti del Nucleo familiare, salvo diversamente espresso nelle singole garanzie.

ART. 14 – SOTTOSCRIZIONE DI PIU' SUSSIDI

Nel caso in cui il Socio abbia sottoscritto più Sussidi con Mutua Nazionale, verrà riconosciuta la condizione più favorevole tra le prestazioni a cui ha diritto, previste dal Piano Sanitario.

ART. 15 – LIMITI TERRITORIALI

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

ART. 16 – RINVIO ALLE NORME

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento si intendono richiamate le norme dello Statuto, del Regolamento Applicativo, e le delibere dell'Assemblea dei Soci e del CdA.

Norme che regolano tutte le Garanzie (salvo non espressamente derogato)

ART. 17 – TERMINI DI ASPETTATIVA (carenza)

Fermo quanto previsto dall'art. 7 delle norme generali, disciplinante la decorrenza del presente Piano Sanitario, le prestazioni sono garantite senza applicazione di periodi di carenza.

ART. 18 – PREGRESSE

Si intenderanno escluse dalla copertura assistenziale le prestazioni conseguenti alla diagnosi di positività al Covid-19 che sia pregressa in quanto manifestata, dignosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Piano Sanitario.

ART. 19 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dal presente Sussidio Sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche garanzie):

- a. le prestazioni non corredate da copia della prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento

- dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Isritto.
- c. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione, nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
 - d. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
 - e. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del Sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;
 - f. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
 - g. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologica limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, e in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del Sussidio;
 - h. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
 - i. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da Medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
 - j. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
 - k. la cura delle Malattie professionali e sindromi correlate, così come definite dal D.Lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/ o integrazioni;
 - l. le prestazioni prescritte e/ o erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione rilasciata e rispetto alla diagnosi/ quesito diagnostico per il quale la prestazione è prescritta/ erogata;
 - m. le prestazioni prescritte e/ o erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana.
 - n. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
 - o. Parto naturale e cesareo;
 - p. l'Aborto volontario non terapeutico;
 - q. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato;

- r. le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio;
- s. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
- t. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- u. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- v. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- w. gli Infortuni conseguenti alla pratica di attività ludiche pericolose o sport estremi o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tutti controllati da corde elastiche, sci acrobatico o estremo o fuori pista, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, ecc...) o gare motoristiche e/o motonautiche o sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- x. gli Infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- y. gli Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- z. gli Infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- aa. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- bb. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- cc. i Ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- dd. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi;
- ee. spese per il trasporto del plasma.

ART. 20 – MODALITA' DI EROGAZIONE E TEMPI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

Le richieste di Rimborso delle spese mediche sostenute devono essere presentate entro 120 giorni dall'Evento. La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro tale termine determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del Rimborso. La sospensione dell'istruttoria non interrompe la decadenza indicata.

In caso di sospensione, il Socio ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa (sempre entro 120 giorni dalla data dell'Evento). Decorsi 60 giorni, la richiesta verrà respinta e il Socio dovrà presentare nuova e completa richiesta comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro 120 giorni dalla data dell'Evento, oltre i quali il suo diritto decade.

Mutua Nazionale potrà richiedere in ogni momento la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illegibili, incomplete o presentino grafie diverse, oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

Il Socio è tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita dei Medici incaricati da Mutua Nazionale per qualsiasi indagine e/o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i Medici che lo hanno visitato e curato.

ART. 21 – TEMPI PER IL RIMBORSO

- Prestazioni effettuate in forma diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con la Centrale Salute: le spese verranno corrisposte da Mutua Nazionale direttamente alle Strutture e ai professionisti a termini di questo Piano Sanitario e soltanto a seguito dell'esito positivo di rimborsabilità derivante dall'analisi della documentazione medica e di spesa inoltrata dalla Struttura o professionista alla Centrale Salute. Pertanto il rilascio dell'autorizzazione per la Presa in Carico costituisce un mero servizio di attivazione.
- Prestazioni effettuate in assistenza indiretta: entro 40 giorni dalla data di presentazione della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria, Mutua Nazionale provvederà alla lavorazione delle richiesta al fine di rimborsare quanto dovuto nei termini del presente Piano Sanitario. La sospensione della lavorazione per documentazione mancante sospenderà i termini che decorreranno di nuovo e per intero dalla data di presentazione della documentazione completa. La Centrale Salute non sarà tenuta a verificare che la documentazione sia stata inserita in altre pratiche. Ogni richiesta dovrà essere presentata in modo completo.

Premessa

Le prestazioni del presente Regolamento sono garantite al fine di favorire il recupero della salute e l'ottimale gestione familiare nell'attuale periodo di emergenza sanitaria.

La copertura è garantita per infezioni da Covid-19 diagnosticate in Italia, con validità in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, debitamente certificate da referto di laboratorio di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità.

L'operatività delle seguenti prestazioni rimane soggetta alle limitazioni ed ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie, anche riferite alla singola struttura sanitaria/ospedaliera, centro medico per il contenimento ed il contrasto del diffondersi del virus Covid-19 sul territorio nazionale.

Laddove ricorrano i presupposti per l'operatività di due o più delle seguenti prestazioni, esse saranno garantite da Mutua Nazionale in via cumulativa.

Prestazioni Ospedaliere

1) DIARIA DA RICOVERO ORDINARIO DA COVID-19

In caso di Ricovero ordinario reso necessario a seguito di diagnosi di positività al Covid-19, garantito ai sensi del presente Piano Sanitario, Mutua Nazionale corrisponderà al Socio, quale Rimborso delle spese sostenute durante il Ricovero, una Diaria per far fronte al recupero della salute a seguito del Ricovero medesimo.

La Diaria sarà pari ad **€ 50,00 al giorno** per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento entro un **massimale annuo/nucleo** di **€ 1.500,00**, sino ad un massimo di complessivi **30 giorni annui**.

2) DIARIA DA RICOVERO ORDINARIO IN TERAPIA INTENSIVA DA COVID-19

In caso di Ricovero ordinario in terapia intensiva reso necessario a seguito di diagnosi di positività al Covid-19, garantito ai sensi del presente Piano Sanitario, Mutua Nazionale corrisponderà al Socio, quale Rimborso delle spese sostenute durante il Ricovero, una Diaria per far fronte al recupero della salute a seguito del Ricovero medesimo.

La Diaria è garantita per i Ricoveri ordinari in terapia intensiva superiori a 10 (dieci) giorni e sarà pari ad **€ 80,00 al giorno** per ogni giornata di Ricovero in terapia intensiva comprendente il pernottamento, entro un **massimale anno/nucleo** pari ad **€ 800,00**.

La garanzia si intende valida **dall'11° (undicesimo) giorno al 20° (ventesimo) giorno** di Ricovero ordinario in terapia intensiva.

3) INDENNITA' DA CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO ORDINARIO DA COVID-19

In caso dimissioni a seguito di Ricovero ordinario per diagnosi di positività al Covid-19 superiore a 5 (cinque) giorni, ricompreso nei termini del presente Piano Sanitario, Mutua Nazionale corrisponderà al Socio un'Indennità da convalescenza al fine di favorire il recupero della salute a seguito della Malattia.

L'Indennità sarà pari ad € 1.500,00 e sarà corrisposta al Socio al momento delle dimissioni.

4) INDENNITA' DA CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO ORDINARIO IN TERAPIA INTENSIVA DA COVID-19

In caso dimissioni a seguito di Ricovero ordinario in terapia intensiva per diagnosi di positività al Covid-19 superiore a 10 (dieci) giorni, ricompreso nei termini del presente Piano Sanitario, Mutua Nazionale corrisponderà al Socio un'Indennità da convalescenza al fine di favorire il recupero della salute a seguito della Malattia.

L'Indennità sarà pari ad € 2.000,00 e sarà corrisposta al Socio al momento delle dimissioni.

5) PREVENZIONE - TELEMEDICINA

Mutua Nazionale garantisce al Socio, una volta l'anno e per il tramite dell'Health Point, un **Teleconsulto** a scelta e per persona.

Il **Teleconsulto** sarà effettuato da:

- Medico generico
- Psicologo
- altro Medico specialista disponibile

La prestazione sarà eseguita esclusivamente, previa autorizzazione della Centrale Salute, solo in forma diretta, senza applicazione di alcuna parte a carico del Socio.

Non è richiesta alcuna prescrizione medica.

Per tutte le ulteriori informazioni si rinvia al sito <http://www.healthpointitalia.com>.

6) RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI RICOVERO ORDINARIO DA COVID-19

Mutua Nazionale garantisce al Socio, il Rimborso delle spese sostenute per:

- a) consegna dei farmaci a domicilio, nel caso il cui il Socio Titolare del Piano Sanitario e/ o il coniuge/ convivente (quest'ultimo in caso di attivazione in suo favore della presente copertura), sia/ siano risultati positivi all'infezione da Covid-19 e si trovi/ trovino in stato di isolamento domiciliare (come da prescrizione del Medico curante);
- b) consegna di generi alimentari di prima necessità, nel caso in cui il Socio Titolare del Piano Sanitario e/ o il coniuge/ convivente (quest'ultimo in caso di attivazione in suo favore della presente copertura), sia/ siano risultati positivi all'infezione da Covid-19 e si trovi/ trovino in

stato di isolamento domiciliare (come da prescrizione del Medico curante). Resta a carico del Socio il costo per l'acquisto dei generi alimentari.

Il Rimborso delle spese di cui alle precedenti lettere a) e b) sarà erogato sino al **limite massimo complessivo anno/nucleo pari ad € 100,00.**

7) GUARDIA MEDICA MUTUALISTICA

Assistenza H24 – Conculenza medica telefonica

Mutua Nazionale, stante la vigenza della presente copertura, intende garantire al Socio il Servizio di Assistenza H24 di Guardia Medica Mutualistica, 24H e 365 giorni l'anno a fianco del Socio.

Mutua Nazionale garantisce al Socio un servizio di Call Center medico attivo H24 in Italia e dall'estero con numero di cellulare dedicato che prevede il costo del proprio gestore (Guardia medica privata); la chiamata prevede la presa in carico del paziente fino alla risoluzione del problema indipendentemente dal numero di re-call da effettuare ed il relativo follow-up dopo qualche giorno, nonché la possibilità di inviare immagini e fotografie che possano aiutare e/ o velocizzare la risoluzione del problema.

La prestazione è fornita non più di **3 (tre) volte per annualità.**

Servizi della Centrale Salute – Agevolazioni economiche

8) Accesso al Network di Strutture Sanitarie Convenzionate

Il Socio, in seguito alla sottoscrizione del presente Piano Sanitario, ha diritto ad usufruire di tariffe agevolate per prestazioni erogate da case di cura, centri diagnostici, centri polispecialistici, compresi odontoiatri e psicologi, dell'intero Network di Centri Sanitari Convenzionati con Mutua Nazionale/Health Assistance per il tramite della Centrale Salute.

L'accesso al Network delle Strutture Sanitarie Convenzionate permette di beneficiare di una scontistica per le prestazioni erogate dalle Strutture medesime con l'applicazione di un decremento che ammonta dal **10% al 35%** del normale prezzo praticato dalla Struttura stessa. Il Socio potrà beneficiare delle prestazioni erogate dal Centro Sanitario al prezzo agevolato.

9) Esame del DNA e Conservazione delle Cellule staminali

9.1. Analisi DNA fetale – Screening prenatale non invasivo basato sul DNA (Non Invasive Prenatal Testing – NIPT).

Per tutto il corso di validità del presente Piano Sanitario, Mutua Nazionale garantisce al Socio la possibilità di effettuare il Test di DNA fetale presso la società partner StemWay Biotech Limited con sede italiana a Roma, in Via Luigi Chiarelli n. 12.

Alcune patologie genetiche sono ereditarie, mentre altre, come la sindrome di Down, in genere non lo sono e possono presentarsi in qualsiasi gravidanza.

Durante la gestazione, nel sangue materno sono presenti frammenti di DNA fetale.

Questo tipo di Test permette di analizzare il DNA fetale nel sangue materno per verificare il rischio di alcune sindromi e patologie genetiche.

Si precisa che il test non è diagnostico, pertanto non sostituisce la diagnosi prenatale invasiva (villocentesi o amniocentesi). Indica però un'eventuale percentuale di rischio.

Il Test può essere eseguito mediante un unico prelievo di sangue già a partire dalla 10° settimana di gravidanza.

Per info e prenotazioni: www.stemwaybiotech.com o 840 000 908.

9.2. Conservazione delle Cellule staminali

Per tutto il corso di validità del presente Piano Sanitario, il Socio avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire della Convenzione stipulata tra il Network Mutua Nazionale/Health Assistance e la Società StemWay Biotech Limited con sede italiana a Roma in Via Luigi Chiarelli n. 12.

Grazie alla Convenzione siglata sarà possibile per il Socio richiedere direttamente alla StemWay Biotech, anche per il tramite della Centrale Salute, il servizio di conservazione delle cellule staminali in forma privata all'estero, secondo i criteri normativi attualmente in vigore, nonché usufruire dei pacchetti sottoelencati a costi agevolati.

a) Crio-conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale.

Gli standard qualitativi utilizzati dalla StemWay Biotech nel testare, processare e preparare i campioni sono tra i più severi e moderni disponibili. La qualità del processo di separazione delle cellule dal plasma e la specifica curva di crio-conservazione elaborata dai ricercatori dei loro laboratori sono in grado di offrire la più elevata garanzia di conservazione.

Le cellule staminali vengono così conservate, suddivise in più lotti, al fine di eliminare i rischi da perdita totale del campione a causa di eventi catastrofici.

Tutti i laboratori hanno ottenuto i più severi accreditamenti internazionali (GMP-ISO17025) e garantiscono il medesimo elevato livello di qualità e di sicurezza.

I laboratori utilizzati da StemWay Biotech possono, inoltre, offrire servizi di amplificazione e coltura cellulare secondo i più rigorosi e moderni standard scientifici internazionali, puntando a divenire il punto di riferimento per gli sviluppi della medicina rigenerativa.

b) Informazione scientifica.

StemWay Biotech vuole costituire una fonte privilegiata per i genitori ed i professionisti del settore sanitario, per l'accesso ad informazioni attendibili, indipendenti, aggiornate ed esaustive sulla ricerca scientifica e la sua applicazione in materia di cellule staminali, attraverso supporti informativi documentali e colloqui individuali con i nostri specialisti.

Al fine di garantire l'assoluta correttezza etica e scientifica di tutte le attività della Società, StemWay Biotech è l'unico operatore del settore che prevede, tra i propri organi sociali, un Comitato Etico indipendente.

Questo perché un completo e oggettivo supporto informativo scientifico, che già costituisce il fondamento della serenità di ciascun paziente nell'ambito di un settore così innovativo quale quello delle cellule staminali, deve rappresentare un valore insostituibile.

c) Conculenza medica.

StemWay Biotech non vuole limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vuole essere il centro di competenze scietifiche e mediche unico ed ideale per ogni ulteriore esigenza che possa maturare a conservazione avvenuta.

Qualora, nel corso del periodo di stoccaggio, dovesse presentarsi una patologia per la quale la disponibilità di proprie cellule staminali possa consentire l'utilizzo di un trattamento o di una terapia a base di staminali, StemWay Biotech potrà assicurare la migliore assistenza nella selezione, a livello internazionale, dei professionisti, degli ospedali e delle cliniche più avanzate, supportando, se richiesto, la Struttura Sanitaria che ha in cura il paziente.

Inoltre, StemWay Biotech si prenderà cura del trasporto dei campioni presso la Struttura Sanitaria indicata dal genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

Altre agevolazioni economiche

10) Sostegno e Televisita

In caso di diagnosi di positività al Covid-19, certificata da referto di laboratorio medico di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità, Mutua Nazionale corrisponderà al Socio, al quale sia stato prescritto il Ricovero o l'isolamento quarantenario obbligatorio, un **sostegno economico** pari ad **€ 500,00 anno/nucleo** a fronte della perdita temporanea della capacità lavorativa in conseguenza della contrazione del virus.

Mutua Nazionale riconoscerà, altresì, al Socio una **Televisita per persona** la quale potrà essere effettuata gratuitamente, una volta l'anno, per il tramite dell'Health Point.

La prestazione sarà eseguita, previa autorizzazione della Centrale Salute, solo in forma diretta, senza applicazione di alcuna parte a carico del Socio.

Non è richiesta alcuna prescrizione medica.

Per tutte le ulteriori informazioni si rinvia al sito <http://www.healthpointitalia.com>.

11) Sospensione del Piano Sanitario

Si precisa che in caso di diagnosi di positività al Covid-19, certificata da referto di laboratorio di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità, Mutua Nazionale garantisce al Socio, al quale sia stato prescritto il Ricovero o l'isolamento quarantenario obbligatorio, il diritto di richiedere la sospensione, per il periodo massimo di 2 (due) mesi decorrenti dalla conferma della diagnosi di positività, del pagamento dei contributi mutualistici eventualmente ancora dovuti per l'annualità in corso; oltrechè il diritto di richiedere un prolungamento della naturale durata della propria copertura sanitaria per ulteriori 2 (due) mesi.