Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SOMMARIO

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI

SEZIONE 2 – NORME GENERALI CHE REGOLANO IL SUSSIDIO

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

SEZIONE 4 – AREA RICOVERO

SEZIONE 5 – GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

SEZIONE 6 – PREVENZIONE

SEZIONE 7 – AREA SOSTEGNO

SEZIONE 8 – AREA SERVIZI

ALLEGATO 1 – ELENCO DEI RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

ALLEGATO 2 – TABELLA DEI PUNTEGGI (PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA)

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

ABORTO: interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

ABORTO SPONTANEO: interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

ABORTO TERAPEUTICO: interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni del feto.

ANIMALE DOMESTICO: animale di affezione (cane e gatto) di proprietà di uno dei componenti il Nucleo Familiare detenuto conformemente alle vigenti leggi e che non venga utilizzato a scopo di lucro. É richiesto che l'animale di affezione sia regolarmente iscritto all'Anagrafe canina e/o felina precedentemente alla data di adesione al sussidio sanitario.

ANNO: periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessanta sei in caso di anno bisestile.

ASSISTENZA DIRETTA: modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio Sanitario presso Centri Convenzionati utilizzando personale medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con OB ITALIA SALUTE e/o con società da quest'ultima autorizzata, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A. (di seguito anche Health Assistance o Centrale Salute); in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di OB ITALIA SALUTE alle strutture ed ai Medici/personale Convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Assistito ove previste). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di OB ITALIA SALUTE. Nel caso di prestazioni richieste presso struttura e medico/professionista entrambi convenzionati, l'accesso alla forma diretta piena (ossia senza applicazione di franchigie) è comunque subordinato alla preventiva condivisione del nominativo del medico con la Centrale Salute al momento della richiesta della PIC. In assenza di tale preventiva condivisione, pur in presenza di convenzionamento, la prestazione potrà essere erogata in forma diretta con applicazione delle franchigie previste per il regime indiretto.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

ASSISTENZA INDIRETTA: modalità di erogazione delle prestazioni del presente Sussidio in base alla quale OB ITALIA SALUTE rimborsa le spese all'Assistito dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente sussidio. L'Assistenza Indiretta è prestata anche presso i Centri Convenzionati con il Network OB ITALIA SALUTE/Health Assistance S.C.p.A. (c.d. Assistenza Indiretta in Network). In questo caso non è necessaria la preventiva autorizzazione alla Presa in Carico (PIC) ma, sarà necessario presentare il Modulo di Accesso al Network Indiretto alla Struttura/professionista Convenzionato per il proprio riconoscimento. L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di OB ITALIA SALUTE.

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

ASSISTITO: Persona fisica beneficiaria delle prestazioni erogate da OB ITALIA SALUTE.

ASSISTITO TITOLARE: persona fisica iscritta regolarmente a OB ITALIA SALUTE ed il cui interesse è protetto dal Sussidio al quale ha aderito nel rispetto dello Statuto e del presente Regolamento.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE: qualsiasi attività non inerente alla vita privata (es. attività commerciali, artigianali, industriali, professionali) anche se non esercitate come attività principali.

CARENZA: periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle prestazioni. Qualora l'evento avvenga in tale periodo OB ITALIA SALUTE non corrisponde il Rimborso della prestazione prevista dal Sussidio Sanitario.

CARTELLA CLINICA: documento ufficiale, coperto da pubblica fede nei casi di legge, redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico. Ai fini dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nel Sussidio Sanitario, la Cartella Clinica, da qualunque tipologia

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

di struttura sanitaria essa provenga, è considerata atto immodificabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione del Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento, l'Assistito accetta, espressamente e senza riserva alcuna, che non è ammessa qualsivoglia alterazione o modifica o aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo, anche se protesa al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti. OB ITALIA SALUTE si riserva di valutare eventuali variazioni postume alla Cartella Clinica, solo ove le stesse siano datate, predisposte e firmate dallo stesso pubblico ufficiale che l'ha formata e siano controfirmate dal Direttore Sanitario, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

CENTRALE SALUTE: gli uffici del service provider Health Assistance SCpA dedicati alla gestione delle pratiche di Rimborso e delle Prese in Carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Assistiti per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (www.healthassistance.it).

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

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

CHEMIOTERAPIA ONCOLOGIA: ciclo di terapia effettuata con l'ausilio di farmaci volta a curare le patologie di carattere oncologico.

CICLO DI CURA: insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia/Infortunio, contestualmente prescritti dal Medico e presentati alla OB ITALIA SALUTE in un'unica richiesta di Rimborso.

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

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

CURE TERMALI: trattamenti effettuati in Centri/Stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

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

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

DAY HOSPITAL: degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi.

DAY SURGERY: degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti chirurgici.

DECADENZA: termine massimo entro il quale presentare la documentazione a corredo della domanda di erogazione delle prestazioni (incluse le richieste di rimborso in forma diretta), anche se di data antecedente alla domanda di adesione. La mancata presentazione della documentazione completa e conforme alle richieste di OB ITALIA SALUTE, entro 270 giorni dalla data dell'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni, comporta la decadenza dal diritto al rimborso e al pagamento delle prestazioni, incluse quelle eseguite in forma diretta. L'eventuale sospensione dell'istruttoria della pratica non interrompe il decorrere del termine di 270 giorni sopra indicato. Dunque, nel caso di sospensione, l'Assistito ha 60 giorni di tempo dalla data di comunicazione della richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, purché ciò avvenga sempre entro 270 giorni dall'evento ovvero, in caso di ricovero ordinario o diurno, dalla data delle dimissioni.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Decorsi 60 giorni, la richiesta verrà respinta e l'Assistito dovrà presentare nuova e completa domanda comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270 giorni per non incorrere nella suddetta decadenza.

DIFETTO FISICO: la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

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

HEALTH POINT: è il marchio che identifica la divisione aziendale del partner Health Italia SpA, che si occupa dell'area sanitaria e della gestione e creazione di un network di Centri Convenzionati nel settore dei servizi sanitari- ivi inclusa la gestione di un Centro Convenzionato con la Centrale Salute, la quale offre prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line- nonché si occupa di prevenzione e di telemedicina, della promozione di servizi relativi alla salute e al benessere della persona ed è incaricata dalla Mutua per la gestione amministrativa del network di Centri Convenzionati nonché per la gestione dell'area prevenzione contemplata nei propri piani sanitari e per ulteriori iniziative di prevenzione ad hoc. Per ulteriori informazioni si consulti il sito https://www.healthpointitalia.com.

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

INFORTUNIO: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

(attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, e che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal presente Sussidio Sanitario.

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

INTERVENTO CHIRURGICO: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica realizzato mediante cruentazione dei tessuti, e mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE: l'Intervento chirurgico (come sopra definito) eseguito in ambulatorio senza Ricovero (e quindi senza degenza ancorché diurna).

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

LESIONI DA SFORZO/ATTO DI FORZA: lesioni causate da eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità, dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assistito.

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).

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

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.

MANUALE OPERATIVO: documento complementare che è parte integrante del presente Sussidio Sanitario, nella versione di volta in volta vigente, che illustra tempi, documentazione necessaria e modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta. Il Manuale Operativo è soggetto ad aggiornamenti periodici, anche al fine di migliorare il servizio e garantire la più efficace gestione delle richieste di accesso ai servizi e alle prestazioni. Il Manuale Operativo è sempre consultabile nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di Health Assistance https://www.healthassistance.it/. Gli aggiornamenti resi noti agli Assistiti mediante pubblicazione nell'Area Riservatasi intendono automaticamente recepiti nella presente copertura sanitaria.

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

NUCLEO FAMILIARE: Assistito Titolare e i familiari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento (art. 2) e dello Statuto di OB ITALIA SALUTE.

OB ITALIA SALUTE: Il Fondo Sanitario OB Italia Salute, operante secondo il principio di solidarietà tra gli iscritti in conformità all'art. 51, comma 2, lett. a) del DPR n. 917/1986 (TUIR), è un'associazione non riconosciuta senza fini di lucro che persegue scopi assistenziali attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie a favore dei propri iscritti e beneficiari, operando secondo principi di solidarietà e mutualità.

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

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

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

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

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

PRESTAZIONE: servizi o altra forma di tutela previste dal Sussidio Sanitario e per i quali si prevede un rimborso o una diaria o una indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dal Sussidio Sanitario stesso. Salvo quanto esplicitamente e diversamente previsto, il presupposto dell'operatività delle prestazioni è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

QUOTE SPESA A CARICO DELL'ASSISTITO: importi di spesa che rimangono a carico dell'Assistito espressi in percentuale e/o in quota fissa.

REGOLAMENTO: il presente documento disciplinante le prestazioni ricomprese nel presente Sussidio Sanitario.

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'Assistito.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

RICOVERO ORDINARIO: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da Cartella Clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti medici e/o terapeutici e/o chirurgici, purché tale periodo di presenza in ambito ospedaliero comprenda un minimo di ore continuative pari ad almeno 20 (c.d. periodo di osservazione breve) e venga debitamente documentato da apposita certificazione ospedaliera.

RICOVERO ORDINARIO IN EMERGENZA: il ricovero di un Assistito nei soli casi di funzioni vitali gravemente compromesse.

RIMBORSO: la somma dovuta da OB ITALIA SALUTE all'Assistito in caso di evento e prestazione rimborsabile.

SOSTEGNO/SUB-SOSTEGNO: la somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale OB ITALIA SALUTE sostiene i costi delle prestazioni previste dal presente Sussidio Sanitario.

STATO DI FRAGILITÀ PERMANENTE: condizione di limitata integrità psico-fisica conseguente ad infortunio o malattia che abbia prodotto lesioni o patologie oggettivamente rilevabili, ovvero uno stato di invalidità permanente.

STATUTO: documentazione che regolamenta il rapporto associativo con OB ITALIA SALUTE e costituente parte integrante e sostanziale del presente Sussidio Sanitario assieme al Manuale Operativo nella versione di volta in volta vigente.

SUSSIDIO SANITARIO: insieme delle garanzie e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie integrative erogate da OB ITALIA SALUTE ed oggetto del presente Regolamento.

TELEMETRIA BIOMEDICA: Insieme di metodi di osservazione, applicati a fini diagnostici, effettuati a distanza rispetto al paziente da monitorare in modo da incidere al minimo con le sue attività normali. La prestazione avviene esclusivamente durante la degenza ordinaria.

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

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 2 - NORME GENERALI

ART. 1

OGGETTO

Oggetto del presente Sussidio Sanitario (di seguito anche solo "Sussidio") è l'erogazione di prestazioni, ovvero il rimborso delle spese sanitarie, a favore degli Assistiti in conseguenza di infortunio e malattia certificati, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio, in conformità allo Statuto e alle condizioni previste nel presente Regolamento.

ART. 2

PERSONE ASSISTITE

Le prestazioni previste dal presente Sussidio Sanitario sono erogate a favore delle persone fisiche che non abbiano ancora raggiunto l'età pensionabile, come definita dalla normativa vigente, iscritte a OB ITALIA SALUTE (per il seguito "Assistito Titolare").

È facoltà dell'Assistito Titolare estendere volontariamente la presente copertura al Nucleo Familiare, mediante sottoscrizione di apposita domanda di adesione e versamento del relativo contributo aggiuntivo, entro 15 giorni dalla data di decorrenza della copertura di cui beneficia l'Assistito Titolare medesimo, fermo restando quanto previsto dal successivo art. 6 del presente Regolamento.

Per Nucleo Familiare si intendono, oltre all'Assistito Titolare del Sussidio Sanitario, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni, quest'ultimi anche se non residenti.

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

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

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 2 - NORME GENERALI

Indicando i nominativi dei propri familiari, mediante compilazione della domanda di adesione in qualità di iscritto, l'Assistito Titolare autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Regolamento del Sussidio Sanitario, per beneficiare delle garanzie. È altresì necessario comunicare tempestivamente a OB ITALIA SALUTE eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del Sussidio, nel rispetto di quanto previsto all'art. 4 del presente Regolamento.

ART. 3

LIMITI DI ETÀ

Non sono previsti limiti di età per l'attivazione del presente Sussidio (fermi in ogni caso restando gli specifici limiti previsti per i figli, così come indicati all'art. 2, nel caso di attivazione della formula Nucleo).

ART. 4

VARIAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Qualora sia prevista l'inclusione di componenti del Nucleo Familiare, l'Assistito Titolare deve comunicare immediatamente a OB ITALIA SALUTE, in forma scritta, le variazioni del proprio stato familiare, entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione, ossia:

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

In tal caso, l'inclusione dei nuovi Assistiti si intenderà operante dalla data dell'evento. In difetto di comunicazione entro il suddetto termine, e fermo restando il pagamento del contributo dovuto per l'estensione al Nucleo, l'inclusione dei nuovi Assistiti nel Sussidio Sanitario si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del Sussidio Sanitario stesso.

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 2 - NORME GENERALI

Resta inteso che, per i nuovi Assistiti, ai fini dell'applicazione, ove previsti, dei Termini di aspettativa di cui all'art. 17 e delle Patologie Pregresse di cui all'art. 18 verrà considerata come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

ART. 5

DURATA, RINNOVO E CESSAZIONE

Il presente Sussidio Sanitario ha durata di 1 anno (uno) decorrente dal giorno di cui all'art. 9. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, il Sussidio Sanitario s'intenderà rinnovata tacitamente di anno in anno, con obbligo di pagamento dei contributi associativi previsti per l'attivazione del Sussidio Sanitario, come previsto dallo Statuto di OB ITALIA SALUTE.

In ogni caso OB ITALIA SALUTE, entro 60 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Assistito Titolare le condizioni di rinnovo per la successiva annualità.

Fermo restando quanto previsto dall'art. 6, l'estensione della copertura al Nucleo Familiare è vincolata alla validità della copertura di cui beneficia l'Assistito Titolare. Pertanto, in caso di cessazione anticipata del Sussidio Sanitario dell'Assistito Titolare, derivante dalla cessazione del rapporto lavorativo, e senza successiva adesione volontaria, cesseranno contestualmente sia la copertura dell'Assistito Titolare sia la copertura estesa al Nucleo Familiare.

In deroga a quanto sopra, in caso di decesso dell'Assistito Titolare, la copertura del Nucleo Familiare rimarrà valida fino alla naturale scadenza annuale, a condizione che siano regolarmente versati i relativi contributi.

ART. 6

OBBLIGHI CONTRIBUTIVI DELL'ASSISTITO

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 9, OB ITALIA SALUTE si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 11 del presente Regolamento.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 2 - NORME GENERALI

ART. 7

DICHIARAZIONI E COMUNICAZIONE DELL'ASSISTITO

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

Nel caso di simulazione del verificarsi delle condizioni necessarie ad ottenere il Rimborso, OB ITALIA SALUTE si riserva di deliberare l'immediata esclusione dell'Assistito senza restituzione dei contributi nel frattempo versati.

ART. 8

SUSSIDIO A FAVORE DI TERZI

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

ART. 9

PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO E DECORRENZA DEL SUSSIDIO IN CASO DI ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE

Il Sussidio decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui è avvenuta la ricezione del pagamento del contributo associativo o la prima rata del medesimo.

In caso di estensione della copertura al Nucleo Familiare, il Sussidio decorre dalle ore 24:00 dal giorno in cui è avvenuto il versamento della contribuzione prevista.

Se l'Assistito Titolare non paga la prima rata di contributo o le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso giorno e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, sempre che sia avvenuto entro 180 gg dalla data originaria di scadenza della rata non corrisposta, e ferme le successive scadenze.

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

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 2 - NORME GENERALI

ART. 10

COMUNICAZIONI E MODIFICHE

Le comunicazioni inerenti al rapporto associativo o le variazioni ed integrazioni al presente Sussidio Sanitario avverranno nelle modalità indicate e accettate dall'Assistito Titolare, sottoscrivendo la domanda di adesione.

ART. 11

RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Assistito ed OB ITALIA SALUTE, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente Sussidio, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di mediazione, come previsto dall'art. 25 dello Statuto di OB ITALIA SALUTE. In caso di esito negativo del tentativo di mediazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Roma.

ART. 12

SOSTEGNI

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

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

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

ART. 13

SOTTOSCRIZIONE DI PIÙ SUSSIDI

Qualora l'Assistito abbia sottoscritto con OB ITALIA SALUTE più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di Indennità o indennizzo) tra le prestazioni riconosciutegli dai vari Sussidi sottoscritti. Tale principio trova, inoltre, applicazione nell'ambito dello stesso Sussidio Sanitario che preveda più rimborsi e/o prestazioni per lo stesso evento.

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 2 - NORME GENERALI

ART. 14

LIMITI TERRITORIALI

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

ART. 15

RESPONSABILITÀ DI TERZI

Nel caso in cui la prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, OB ITALIA SALUTE, in piena attuazione del proprio scopo mutualistico e solidaristico, si riserva di:

- liquidare, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, le spese sanitarie sostenute dall'Assistito in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Assistito produca a OB ITALIA SALUTE documentazione attestante il rifiuto di rimborso da parte del terzo responsabile ovvero dalla compagnia assicurativa di quest'ultimo;
- integrare la liquidazione, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, delle spese sanitarie sostenute dall'Assistito in conseguenza dell'evento pregiudizievole, solo qualora l'Assistito produca a OB ITALIA SALUTE documentazione attestante la corresponsione di una indennità da parte del terzo responsabile o della compagnia assicurativa di quest'ultimo in una misura inferiore a quella derivante dall'applicazione dei limiti previsti per la specifica prestazione invocabile nel caso concreto in base al presente Regolamento.

Resta ferma, in tutti gli altri casi, la generale esclusione di cui all'art. 19 del presente Regolamento.

ART.16

RINVIO ALLE NORME

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane e lo Statuto della OB ITALIA SALUTE.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

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

ART. 17

TERMINI DI ASPETTATIVA (CARENZE)

Fermo quanto previsto all'art. 9 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le prestazioni messe a disposizione sono garantite da OB ITALIA SALUTE senza applicazione di periodi di carenza, anche per le ipotesi di estensione volontaria al Nucleo Familiare.

ART. 18

PATOLOGIE PREGRESSE

Per tutti gli Assistiti, tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio Sanitario attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso sono da intendersi escluse.

Altresì, si intenderanno escluse nella copertura assistenziale le prestazioni conseguenti a qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio Sanitario o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso. Sono inoltre escluse tutte le spese relative allo stato di gravidanza ed al parto qualora la gestazione abbia avuto inizio precedentemente alla data di adesione al presente Sussidio.

L'esclusione di cui al precedente comma del presente punto, limitatamente alle sole Malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di adesione al presente Sussidio, non opera una volta trascorsi tre anni di adesione ininterrotta al presente Regolamento del Sussidio fatta eccezione per la Sezione J. – SOSTEGNO PER NON AUTOSUFFICIENZA per la quale si intenderà esclusa dal presente Sussidio Sanitario qualsiasi patologia che sia pregressa o risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza del Sussidio, così come gli infortuni occorsi prima di suddetta data.

ART. 19

ESCLUSIONI

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

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

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

a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);

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

c. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);

d. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;

e. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del sussidio;

f. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;

g. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, ed in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del Sussidio;

h. l'asportazione di neoformazioni epiteliali la cui malignità non sia accertata da esame istologico;

i. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Assistito;

j. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da Medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

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

k. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;

l. la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;

m. le prestazioni erogate da Medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;

n. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana;

o. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;

p. 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'Assistito;

r. le prestazioni relative a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo espressamente derogato;

s. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assistito. Sono comprese nel sussidio quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assistito 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:

- sport aerei in genere (volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, ecc.);

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

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

- sport estremi (alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. o in solitaria, arti marziali miste, bmx, cayoning, deep water Soloing, downhill, freefly, free running, free climbing, freeskiing, freestyle Motocross, funambolismo, hydrospeed, immersione in apnea, immersione in grotta, kitesurfing, land boarding, mountainboard, parkour, pattinaggio aggressive, rafting, rugby subacqueo, sandboarding, sci di velocità, skimboarding, slackline, speleologia, snowkiting, snowboard cross, streetluge, tricking (arte marziale), tuta alare, wakeboard, ecc.);
- attività ludiche pericolose (pugilato, lotta, arti marziali in genere, atletica pesante, discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, bungee jumping, bob, skeleton, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista, motonautica, navigazione in mare in solitaria);
- gare motoristiche e/o motonautiche;
- sport in genere costituenti per l'Assistito 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. le conseguenze di guerre e terrorismo nucleare, biologico o chimico;

dd. i Ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito 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'Assistito 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;

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

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

ee. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi. fatto salvo quanto previsto nel precedente art. 15;

ff. spese per il trasporto del plasma;

gg. Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

ART. 20

MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

La richiesta di accesso alle prestazioni deve essere presentata nel rispetto delle tempistiche, delle modalità operative e corredata da tutta la documentazione indicata nei Sussidi Sanitari e nel Manuale Operativo nella versione di volta in volta vigente e sempre consultabili nell'Area Riservata dell'Assistito consultabile presente sul sito di Health Assistance https://www.healthassistance.it/.

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché per la gestione dei relativi Rimborsi si rimanda al Manuale Operativo, di volta in volta vigente, che forma parte integrante del presente Sussidio ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Assistito presente sul sito di Health Assistance https://www.healthassistance.it/.

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

Per le prestazioni in forma diretta l'Assistito deve comunicare, in fase di richiesta d'autorizzazione, sia la struttura che il medico/équipe medica che effettuerà la stessa.

In caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione Intramoenia anche allargata (ALPI), il rimborso della prestazione è subordinato alla presentazione del preventivo fornito dall'Azienda Ospedaliera all'Assistito e da questi preventivamente e formalmente accettato. Rimarrà a carico dell'Assistito la parte eccedente la tariffa prevista e pubblicizzata dall'Azienda Ospedaliera e, solo nel caso di mancata pubblicazione della medesima così come previsto dalle norme di legge, allora la prestazione non verrà riconosciuta.

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

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

Per le prestazioni Intramoenia anche allargata non è in ogni caso prevista la modalità di Assistenza diretta e verranno applicate le condizioni di rimborso previste per quella prestazione, in assistenza indiretta in o out network, a seconda del caso specifico.

ART. 21

DOCUMENTAZIONE PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

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

L'Assistito si impegna a fornire a OB ITALIA SALUTE la documentazione richiesta, anche di data antecedente alla domanda di adesione. L'Assistito, con la sottoscrizione della domanda di adesione, autorizza espressamente OB ITALIA SALUTE, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, a richiedere e trattare documentazione sanitaria, anche presso soggetti terzi, per le finalità connesse all'istruttoria della richiesta di prestazione.

In ordine alla documentazione da presentare si evidenzia che OB ITALIA SALUTE potrà richiedere in ogni momento (sia prima del Rimborso sia a Rimborso effettuato) la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentino grafie diverse oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

ART. 22

TEMPI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

La documentazione a corredo della domanda di rimborso sia in caso di Indennità che di Assistenza indiretta che di Assistenza Diretta sopra definite, deve essere presentata in modo completo e conforme alle richieste di OB ITALIA SALUTE, entro 270 giorni dalla data dell'evento ovvero in caso di Ricovero ordinario o diurno entro 270 giorni dalla data delle dimissioni. L'Assistito si impegna a tal fine a presentare, o a far sì che le strutture e i professionisti presso i quali è stata eseguita la prestazione presentino entro il suddetto termine, la documentazione completa a OB ITALIA SALUTE o al service provider dalla stessa incaricato.

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

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

La mancata presentazione della domanda di rimborso e della documentazione completa entro il predetto termine comporta la decadenza dal diritto al riconoscimento dell'Assistenza (Diretta/Indiretta/Indennitaria). La sospensione dell'istruttoria della pratica di Rimborso non interrompe la decadenza indicata. Pertanto, nel caso di sospensione, l'Assistito ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione di richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 270 gg dall'evento. Decorsi 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Assistito dovrà presentare nuova e completa richiesta comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 270 gg dall'evento oltre i quali il suo diritto decade.

L'Assistito è, inoltre, tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita di Medici incaricati da OB ITALIA SALUTE 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. 23

TEMPI DI RIMBORSO

a)Prestazioni effettuate in Assistenza diretta presso Strutture/Professionisti Convenzionati con la Centrale Salute.

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

La richiesta di presa in carico dovrà essere presentata alla Centrale Salute almeno 5 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione. Ai fini del calcolo dei giorni utili, i giorni festivi e prefestivi non sono considerati nel calcolo.a)Prestazioni effettuate in Assistenza indiretta

OB ITALIA SALUTE provvederà alla lavorazione delle richieste e al Rimborso di quanto dovuto a termini del presente Sussidio di norma entro 40 giorni lavorativi dalla data di presentazione della richiesta completa di

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

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

tutta la documentazione necessaria. La sospensione per documentazione mancante da parte della Centrale Salute interrompe tali tempi che decorreranno nuovamente e per intero dalla data di presentazione della documentazione in modo completo da parte dell'Assistito.

A tal proposito si rammenta che la Centrale Salute non sarà tenuta alla verifica che la documentazione mancante si trovi in altre richieste precedentemente inviate dall'Assistito. Ogni richiesta dovrà essere presentata in modo completo in sé stesso. Ai fini del calcolo dei giorni utili, i giorni festivi e prefestivi non sono considerati nel calcolo.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 4 - AREA RICOVERO

PREMESSA

LIMITE ANNUO PER L'ASSISTENZA SANITARIA

Il Sostegno complessivo di Rimborso per il complesso degli eventi e delle prestazioni di cui all'area ospedaliera è pari ad €100.000,00 anno/nucleo.

I Sostegni annui indicati nella presente sezione sono da intendersi come sub-Sostegni inclusi nei € 100.000,00 e sempre per anno/nucleo, salvo ove sia diversamente indicato.

SEZIONE 4.1

RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO

OB SALUTE in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico (secondo il solo elenco riportato nell'Allegato 1.: "Elenco dei Ricoveri con Intervento Chirurgico"), ivi compresi i trapianti, reso necessario da Malattia o Infortunio che risultino garantiti nei termini del presente Regolamento, provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti al Ricovero:

A. nei 120 giorni precedenti il Ricovero (solo in forma rimborsuale):

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;

B. durante il Ricovero nei limiti del Sostegno

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di Intervento;
- medicinali ed esami
- cure ed assistenza medica
- rette di degenza
- assistenza infermieristica privata individuale con un limite di € 50,00 al giorno massimo 45 giorni per ricovero (solo in forma rimborsuale)
- retta accompagnatore, in istituto di cura o struttura alberghiera ove non prevista disponibilità ospedaliera

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 4 - AREA RICOVERO

C. nei 120 giorni successivi al Ricovero:

- esami di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche;
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica);
- cure termali (escluse le spese alberghiere);

OB SALUTE provvede al rimborso/autorizzazione delle prestazioni di cui alla lettera B) del presente art. 4.1.:

1) solo se effettuate in Assistenza Diretta presso Centro Convenzionato e Medici Convenzionati con la Centrale Salute; senza alcuna Quota di spesa a carico dell'Assistito, ad eccezione della prestazione "assistenza infermieristica privata individuale" per la quale è prevista la sola forma rimborsuale. Non è quindi previsto alcun rimborso delle spese sostenute dall'Assistito nel caso di mancato utilizzo di strutture convenzionate e di medici convenzionati con la Mutua.

2) Qualora, però, l'assistito sia residente o domiciliato in una Provincia priva di Centri Convenzionati convenzionate, OB SALUTE garantisce la possibilità di effettuare le prestazioni in Strutture non Convenzionate e/o con equipe mediche non convenzionate. In questo caso, le prestazioni di cui alla lettera B) del presente art. 4.1, saranno rimborsate con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Assistito pari al 20% con un minimo non rimborsabile di € 2.000,00 per evento e fermo restando l'importo massimo di rimborso di € 10.000,00 per Evento.

3) Nel caso in cui, infine, le prestazioni di cui lettera B) vengano effettuate in strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di alcuna Quota di spesa a carico dell'Assistito. Le prestazioni di cui alle lettere A) e C) del presente art. 4.1 possono essere effettuate sia presso Strutture/Professionisti Convenzionati con la Centrale Salute, sia presso Strutture/Professionisti Non Convenzionati con la Centrale Salute nonché presso Strutture del SSN; in ogni caso le spese saranno rimborsate senza applicazione di alcuna Quota di spesa a carico dell'Assistito fermo restando che, nel caso in cui le prestazioni di cui alla lettera B) siano state effettuate presso un Centro non convenzionata con la Centrale Salute,

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 4 - AREA RICOVERO

il limite di rimborso di € 10.000,00 dovrà considerarsi unico sia per tutte le prestazioni previste dalle lettere A), B) e C) del presente art. 4.1.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Sussidio Sanitario.

SEZIONE 4.2

TRASPORTO SANITARIO

OB SALUTE, in caso di Ricovero ordinario con Intervento di cui al precedente punto e in caso di necessità medica debitamente documentata, rimborsa le spese sostenute dall'Assistito per il trasporto sanitario in Italia effettuato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario fino al luogo di degenza dell'Assistito, da un Istituto di Cura ad un altro e/o per il rientro al proprio domicilio successivo al ricovero, sino ad un massimo € 1.500,00 per Ricovero.

Le prestazioni della presente garanzia non saranno garantite in caso di dimissioni volontarie dell'Assistito, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale sia stato ricoverato.

SEZIONE 4.3

ALTRE PRESTAZIONI e INTERVENTI

Fermo restando quanto sopra, sono altresì incluse le seguenti prestazioni o Interventi, nei limiti dei sub-Sostegni omnicomprensivi di seguito indicati:

a) Day hospital/Day Surgery, fino ad un sub-Sostegno complessivo per annualità di € 1.000,00 per persona (ivi comprese le spese di cui al precedente art. 4.1. lettere A) e C) con i relativi sub Sostegni).

Le prestazioni di cui punto a) del presente art. 4.3. potranno essere effettuate solo in Assistenza Diretta presso un Centro Convenzionato e da medici convenzionati con la Centrale Salute, senza alcuna Quota di spesa a carico dell'Assistito. Non è quindi previsto alcun rimborso delle spese sostenute dall'Assistito nel caso di ricorso a Centri non Convenzionati.

In caso di utilizzo del SSN, OB SALUTE rimborserà integralmente i ticket sanitari, fermo restando il limite massimo di € 1.000,00 per annualità e per persona.

b) Parto Naturale e Parto Cesareo, OB SALUTE corrisponderà una indennità forfettaria per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito del Parto pari a € 500,00 per evento.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 4 - AREA RICOVERO

SEZIONE 4.4

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di Ricovero ordinario con intervento chirurgico, come da elenco di cui al precedente artt. 4.1. e/o a seguito di Day Hospital/Day Surgery di cui al punto 1) del precedente art. 4.3., garantiti dal presente Regolamento, non richieda alcun Rimborso in virtù del presente sussidio, la Mutua corrisponderà un'Indennità per far fronte alle necessità legate al recupero, a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'Indennità sarà pari ad € 80,00 e verrà erogata per ogni pernottamento in caso di Ricovero ordinario con Intervento, ovvero giorno di degenza in caso di Day-hospital/Day Surgery, fermo restando il limite massimo di 90 giorni per Evento.

Qualora l'Assistito richieda la presente Indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero/Day Hospital (e di cui alle lettere A) e C) dell'art. 4.1.) eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero/Day Hospital.

La presente garanzia non si intende operante in caso di Parto Naturale o Cesareo.

SEZIONE 4.5

DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

In caso in Ricovero ordinario senza Intervento chirurgico, la Mutua corrisponderà una diaria per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'Indennità sarà pari ad € 50,00 e verrà erogata, a partire dalla 3° notte di ricovero, per ogni pernottamento, fermo restando il limite di 20 giorni per ciascuna annualità.

SEZIONE 4.6

DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO A SEGUITO DI NEOPLASIE MALIGNE

In caso in Ricovero ordinario con o senza Intervento chirurgico, a seguito di neoplasie maligne, OB SALUTE corrisponderà una diaria pari ad € 100,00 per ogni pernottamento e per un massimo di 90 giorni per ciascun Ricovero.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

SEZIONE 5.1

ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

OB SALUTE, entro il Sostegno anno/nucleo pari ad € 5.000,00, garantirà all'Assistito il Rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni di Alta Diagnostica e Terapie.

- ALTA DIAGNOSTICA
- Diagnostica
- Angio RM con contrasto
- Angio TC distretti eso e endocranici
- Angiografia (sono compresi esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Biopsia del linfonodo sentinella
- Biopsia muscolare
- Biopsia prostatica
- Biopsia T.A.C. guidata
- Broncografia
- C.P.R.E. diagnostica
- Campimetria
- Cavernosografia
- Cine RM cuore
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistografia doppio contrasto
- Cistoscopia
- Cistouretrografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Ecografia addome completo
- Ecografia mammaria
- Ecografia transvaginale
- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecodoppler
- Ecocolordoppler
- Doppler dei tronchi sovraortici
- Ecografia tiroidea
- EEG con privazione sonno
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma dinamico 24 ore
- Elettromiografia
- Elettroretinogramma
- Emogasanalisi arteriosa
- Esame urodinamico
- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Esofagogastroduodenoscopia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Linfografia
- Mammografia anche bilaterale
- Mapping vescicale
- Mielografia
- Pancolonoscopia diagnostica
- PH metria esofagea e gastrica
- Pneumoencefalografia
- Potenziali evocati
- Retinografia
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Rx esofago
- Rx esofago con contrasto opaco
- Rx esofago con doppio contrasto
- Rx esofago esame diretto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Rx tubo digerente prime vie

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

- Rx tubo digerente seconde vie
- Scialografia con o senza mezzo di contrasto
- Scintigrafia qualunque organo/apparato (compresa Miocardioscintigrafia)
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Spirometria
- Splenoportografia
- T.A.C. con e senza mezzo di contrasto.
- Tomografia ad Emissione di Positroni (P.E.T.) per organo-distretto-apparato
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Tracheobroncoscopia diagnostica
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungografia retrograda
- Terapeutica
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico

Il Rimborso/autorizzazione sarà garantito come segue:

- Senza applicazione di spesa a carico in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network (Assistenza Diretta e Indiretta in Network);
- con applicazione di una quota di spesa a carico pari al 25% in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network (Assistenza Indiretta fuori Network);
- in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di ticket sanitari, OB SALUTE rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo e, in caso di presenza di esame istologico o biopsia, il rimborso/autorizzazione avviene sempre nei limiti del sostegno annuo/nucleo previsto al presente punto.

Sono escluse:

- le prestazioni non espressamente indicate nell'elenco;
- i controlli di routine e le prestazioni elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dal Centro Convenzionato e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a OB SALUTE il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra OB SALUTE e il Centro Convenzionato. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario - determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Sussidio Sanitario.

SEZIONE 5.2

VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

OB SALUTE, entro il Sostegno di € 250,00 per anno e per nucleo, sostiene l'Assistito per le spese per Visite mediche specialistiche ed Accertamenti diagnostici (ad esclusione di quelli elencati al precedente art. 5.1 ALTA DIAGNOSTICA)

Sono escluse dalla presente garanzia le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici, odontoiatrici ed ortodontici, nonché le visite con finalità dietologica e i controlli di routine.

Il Rimborso/autorizzazione sarà garantito come segue:

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

• Senza applicazione di spesa a carico in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network (Assistenza Diretta e Indiretta in Network);

• riceve un rimborso/autorizzazione senza alcuna quota di spesa in caso di Visite Specialistiche effettuate in Telemedicina, tramite la piattaforma di telemedicina di Health Point;

• con applicazione di una quota di spesa a carico pari al 30% in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato (Assistenza Indiretta fuori Network);

• in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di ticket sanitari, OB SALUTE rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dal Centro Convenzionato e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a OB SALUTE il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra OB SALUTE e il Centro Convenzionato. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso. Inoltre, OB SALUTE provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Sussidio Sanitario.

SEZIONE 5.3

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO

OB SALUTE, in caso di Infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, entro il Sostegno anno/nucleo pari ad € 500,00 anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica di un medico specialista indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso delle spese per i trattamenti fisioterapici, ai fini riabilitativi, riportati nel seguente elenco:

• Kinesiterapia

• Chiropratica

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

- Ionoforesi
- Ultrasuoni
- Radarmassoterapi
- Amagnetoterapia
- Ginnastica posturale “MEZIERES”
- Ginnastica posturale “SPIROTIGER”
- Rieducazione funzionale
- Tecarterapia
- Onde d’urto
- Ipertermia
- VISS
- Elettrostimolazione

Il Rimborso/autorizzazione sarà garantito con applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

• Senza applicazione di spesa a carico in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network (Assistenza Diretta e Indiretta in Network);

• con applicazione di una quota di spesa a carico pari al 30% con min. non rimborsabile di € 60,00 per prestazione in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network (Assistenza Indiretta fuori Network);

• in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di ticket sanitari, OB SALUTE rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito. Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dal Centro Convenzionato e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a OB SALUTE il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra OB SALUTE e il Centro Convenzionato. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario - determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

Inoltre, la Mutua provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Assistito previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.
Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Sussidio Sanitario.

SEZIONI 5.4

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI GRAVI MALATTIE

OB SALUTE provvede al Rimborso/autorizzazione delle spese per Trattamenti di fisioterapia e riabilitazione sostenute dall'Assistito, entro il massimo sostegno annuale di € 700,00 per Nucleo Famigliare, rese necessarie e prettamente legate al verificarsi di una o più delle seguenti Gravi Malattie:

1. Infarto miocardico acuto: coronaropatia qualora dia origini a necrosi ischemiche acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi Ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni.

La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri:

a. dolore precordiale

b. alterazione tipiche all'ECG

c. aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.

2. Ictus cerebrale (accidente cerebrovascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di Ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo o motorio.

3. Tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera. Limitatamente alla sola copertura in oggetto, vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke.

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

4. Insufficienza Renale: Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

5. Ustioni del 3° grado

La garanzia è operante a condizioni che la data della prima diagnosi (comprovata da cartella clinica e certificazione medica) sia successiva alla data di decorrenza del Sussidio Sanitario o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assistito.

Il Rimborso/autorizzazione sarà garantito con applicazione delle seguenti quote di spesa a carico:

• con applicazione di una percentuale di spesa a carico pari al 30% sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network (Assistenza Diretta e Indiretta in Network) sia presso un Centro non Convenzionato con il Network (Assistenza Indiretta fuori Network);

• in caso di prestazioni sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ed erogate sotto forma di ticket sanitari, OB SALUTE rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Assistito.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dal Centro Convenzionato e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a OB SALUTE il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra OB SALUTE e il Centro Convenzionato. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario - determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Sussidio Sanitario.

SEZIONE 5.5

CONSULENZA PSICOLOGICA PER GRAVI MALATTIE

OB SALUTE provvede, a seguito del verificarsi delle malattie di cui al precedente art. 5.4, al rimborso/autorizzazione delle spese per consulenze psicologiche sostenute dall'Assistito, con un limite di massimo 6 sedute ed un massimo rimborsabile di € 30,00 per ciascuna seduta.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

La garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi (comprovata da cartella clinica e certificazione medica) sia successiva alla data di decorrenza del Sussidio o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assistito.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Sussidio Sanitario.

SEZIONE 5.6

PACCHETTO MATERNITA'

OB SALUTE riconoscerà, nel limite del Sostegno annuo di € 700,00. all'Assistita Titolare e/o membro del Nucleo Familiare che sia in uno stato di gravidanza garantito dal presente sussidio, il rimborso/autorizzazione di tutte le spese sanitarie sostenute per le seguenti prestazioni:

- visite di controllo;
- ecografie;
- monitoraggio dello sviluppo del feto;
- analisi di laboratorio;
- translucenza nucale.

Le spese sostenute saranno rimborsate integralmente, sia se effettuate, in assistenza diretta, presso Centro Convenzionato con la Centrale Salute sia se effettuate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute.

Analogamente, qualora l'Assistita effettui le prestazioni di cui al presente articolo ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale, OB SALUTE provvede all'integrale Rimborso delle spese per i ticket sanitari.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dal Centro Convenzionato e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a OB SALUTE il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra OB SALUTE e il Centro Convenzionato.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 5 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario - determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito stesso

Per la documentazione da inoltrare si rimanda al Manuale Operativo che costituisce parte integrante del presente Sussidio Sanitario.

SEZIONE 5.7

PROTESI ORTOPEDICHE

OB SALUTE provvede al rimborso integrale nei confronti dell'Assistito delle spese sostenute dallo stesso per le protesi ortopediche nei limiti del Sostegno annuo di € 2.000,00 per persona.

Tali le spese sono rimborsate senza applicazione di quote di spesa a carico dell'Assistito.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 6 - PREVENZIONE

SEZIONE 6.1

TICKET PREVENZIONE E CONTROLLO

OB SALUTE offre all'Assistito la possibilità di effettuare le seguenti prestazioni a solo scopo preventivo e di controllo ricorrendo al Servizio Sanitario Nazionale o a Struttura Sanitaria convenzionata con il SSN per:

- Prevenzione Metabolica
- Prevenzione Cardiovascolare
- Prevenzione Oncologica
- Prevenzione Osteoporosi

La presente garanzia si intende valida con riferimento a prestazioni diagnostiche e specialistiche, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, ecografie, mammografie, doppler, analisi cliniche, pap test, markers tumorali, eseguite unicamente a scopo preventivo per le tipologie di prevenzione sopra indicate.

OB SALUTE provvederà al Rimborso delle spese per i ticket sanitari senza applicazione di nessuna quota di spesa a carico fino a concorrenza del Sostegno anno/nucleo pari ad € 100,00

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 7 - AREA SOSTEGNO

SEZIONE 7.1

CONTRIBUTO ECONOMICO IN CASO DI DECESSO (Garanzia valida solo in caso di morte del Titolare del Sussidio Sanitario)

In caso di premorienza dell'Assistito Titolare, nel corso di validità dello stesso Sussidio Sanitario, a seguito di Malattia o Infortunio, fatta eccezione per le ipotesi di cui all'art. 19, sez. 3 (Esclusioni), OB SALUTE riconoscerà il versamento a favore degli eredi facenti parte del Nucleo familiare di un Contributo economico pari ad € 5.000,00.

Per eredi si intendono il coniuge/partner unito civilmente (o in alternativa il convivente more uxorio) ed i figli. In mancanza di una di queste figure, il contributo spetta ai genitori e/o ai fratelli e sorelle, solo se conviventi e a carico del defunto.

In caso di decesso dell'Assistito, gli eredi, al fine di ottenere il Rimborso di cui al presente art. 7.1, dovranno inviare alla Centrale Salute i seguenti documenti:

• Modulo di richiesta (scaricabile dall'area riservata di OB SALUTE);

• Copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso dell'Assistito;

• Documentazione che attesti le circostanze e che accerti le cause del decesso; (a titolo di esempio non esaustivo: Verbale delle autorità sulle cause e circostanze del decesso, se presente; copia della relazione autoptica o idonea certificazione

• che attesti che l'autopsia non è stata eseguita; copia degli esami ematici e tossicologici effettuati nel corso dell'esame autoptico/necroscopico);

• Dichiarazione sostitutiva del superstite ex art. 47 D.P.R. 445/2000 (attestante la qualifica di superstite come sopra definito);

• Dichiarazione sostitutiva di notorietà dalla quale si evincano i dati identificativi degli eredi;

• IBAN dell'erede designato per l'accredito del Contributo; In presenza di figlio/i studente/i, Dichiarazione sostitutiva ello stato di famiglia e/o dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa dell'Assistito, idonei a certificare il legame parentale tra l'Assistito deceduto ed il figlio/i studente/i.

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 7 - AREA SOSTEGNO

Nel caso in cui la salma dell'Assistito (o del figlio) non dovesse essere ritrovata, la Mutua eroga le prestazioni agli eredi dopo 6 (sei) mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta. Se dopo il pagamento del contributo economico risulti che L'Assistito sia vivo o che la morte sia riconducibile alle clausole di esclusione di cui all'art. Art. 19 – Esclusioni della SEZIONE 3, la Mutua ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata. A restituzione avvenuta l'Assistito avrà così diritto al contributo economico spettante in base al presente Sussidio, per altri casi eventualmente garantiti.

Si precisa che, ai fini dell'attivazione della presente garanzia, gli eredi legittimi e/o beneficiari dovranno delegare, con procura autenticata da notaio o altra autorità competente, un solo erede ai fini della riscossione dell'intera somma concessa.

SEZIONE 7.2

RIMBORSO SPESE PER STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La presente prestazione si attiva all'insorgenza, nel corso di validità del presente Sussidio Sanitario, di eventi imprevisti ed invalidanti dell'Assistito, derivanti sia da Infortunio che da Malattia, anch'essi insorti durante la vigenza del presente Sussidio Sanitario e tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Assistito non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

La presente prestazione non è cumulabile con le altre previste dal presente Sussidio Sanitario.

7.2.1 Definizione dello stato di non autosufficienza

È considerato in stato di non autosufficienza l'Assistito che, a causa di una Malattia o di Infortunio si trovi per un periodo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale – presumibilmente in modo permanente – da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento delle attività ordinarie della vita quotidiana –ADL (Activities of Daily Living), nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

È definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 7 - AREA SOSTEGNO

• lavarsi (farsi il bagno o la doccia);
• vestirsi e svestirsi;
• igiene personale;
• mobilità;
• continenza;
• alimentazione (bere e mangiare).

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (ALLEGATO 2. – "Elenco dei punteggi per la determinazione del grado di non autosufficienza"), ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico-Legale, OB SALUTE accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio da 0 a 10.

Lo stato di non autosufficienza è riconosciuto qualora la somma dei punteggi sia uguale o superiore a 40 punti.

7.2.2. Accertamento dello stato di non autosufficienza

Il Comitato Medico – Legale, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la documentazione ricevuta (si veda a tal proposito il Manuale Operativo) entro e non oltre un mese dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

In particolare, dovrà essere comunicata a OB SALUTE la seguente documentazione:

• Modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla sezione personale del sito di OB SALUTE o richiedibile alla Centrale Salute);
• Diagnosi e/o patologia (certificato del medico curante attestante l'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi – scaricabile dalla sezione personale del sito di OB SALUTE o richiedibile alla Centrale Salute – compilata dal medico curante);
• Relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;
• Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici, etc.) utile alla valutazione del quadro clinico;
• Ogni altro documento che OB SALUTE ritenga necessario produrre per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 7 - AREA SOSTEGNO

OB SALUTE avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, comunicherà all'Assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni.

Il venir meno dello stato di non autosufficienza o il decesso dell'Assistito dovrà essere immediatamente OB SALUTE (dai familiari conviventi dell'Assistito). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso o a seguito del venir meno dello stato di non autosufficienza dovranno essere restituiti a OB SALUTE.

OB SALUTE, in ogni caso, ha la facoltà di procedere, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assistito, a controlli presso il beneficiario e, in particolare, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare il suo stato di salute.

In caso di rifiuto da parte dell'Assistito a sottoporsi ad un controllo o all'invio dei documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta del controllo o della documentazione da parte di OB SALUTE.

L'Assistito deve fornire tutte le informazioni necessarie relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese.

OB SALUTE ha facoltà di richiedere, con cadenza annuale, certificazione di permanenza in vita del beneficiario.

7.2.3. Rimborso delle spese sanitarie e assistenziali

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute sia presso Centri Convenzionati (sia nella Forma Diretta che Indiretta), sia presso Centri non Convenzionati e sia presso SSN e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza (importi cumulabili per la medesima tipologia di prestazione eventualmente riconosciuta ai sensi di altro Sussidio Sanitario attivato per il tramite di OB SALUTE), quali:

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 7 - AREA SOSTEGNO

- Rimborso spese per assistenza domiciliare (badante, OSS, RSA) causata da infortunio o malattia o malattie degenerative Parkinson, Alzheimer; rimborso servizio consegna farmaci; spesa a domicilio e consegna presidi ortopedici entro un limite massimo di € 200,00 per nucleo e per singolo mese di riferimento per un periodo massimo di 24 mesi e pari alla durata del presente Sussidio Sanitario (fermo restando il regolare versamento dei contributi dovuti) o per il minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno, per qualsivoglia motivo, lo stato di non autosufficienza ovvero la qualifica di Assistito.

Le prestazioni di cui sopra saranno garantire da OB SALUTE, permanendo lo stato di non autosufficienza e fermo restando il regolare versamento dei contributi dovuti o per il minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno, per qualsivoglia motivo, lo stato di non autosufficienza ovvero la qualifica di Assistito.

Ai fini del rimborso delle spese di cui al presente punto 7.2.3., l'Assistito dovrà fornire a OB SALUTE la documentazione comprovante la data, il costo e l'oggetto della prestazione di cui è presentata domanda di rimborso (fatture, certificato medico etc.).

7.2.4 Modalità di attivazione prestazione in forma diretta

Fermo restando quanto sopra, OB SALUTE mette a disposizione degli Assistiti un Network di Strutture e professionisti Convenzionati a cui poter accedere per le prestazioni previste dall'art. 7.2.3.

L'Assistito, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base del punteggio raggiunto, potrà verificare con la Centrale Salute la possibilità di attivare in forma Diretta sul territorio di residenza/domicilio la prestazione di Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario).

Pertanto, qualora l'Assistito decida di avvalersi di una Struttura e/o professionista Convenzionato e di richiedere l'erogazione in forma Diretta delle prestazioni della presente Sezione, OB SALUTE procederà a rimborsare direttamente alla Struttura/professionista le spese per le prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali erogate ed espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

In nessun caso, il Centro Convenzionato e/o il professionista Convenzionato/a, potrà promuovere a qualsiasi titolo azione di rivalsa nei confronti dell'Assistito, salvo che per i crediti relativi a spese non previste ai sensi del presente Regolamento, per la parte eccedente il limite dei rimborsi previsti o per tutte le spese non espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 8 - AREA SERVIZI

SEZIONE 8.1

ASSISTENZA H24

8.1.1. PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA H24

Ciascuna delle successive prestazioni di Assistenza è fornita non più di tre volte per annualità, salvo eventuale diversa indicazione per le singole prestazioni.

8.1.2 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario di carattere generale. I Medici di guardia non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

8.1.3. INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito necessiti di un Medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne (dalle ore 20:00 alle ore 8:00) o nei giorni festivi (tutto il giorno), e non riesca a reperire il suo Medico curante, la Centrale Operativa provvede, dopo l'accertamento tramite un primo contatto telefonico del suo Medico di guardia, ad inviare gratuitamente uno dei propri Medici Convenzionati.

In caso di irreperibilità immediata del Medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assistito con ambulanza ad un pronto soccorso. Validità territoriale: Italia.

8.1.4. INVIO AMBULANZA (Validità territoriale Italia)

Qualora l'Assistito, in seguito ad Infortunio o Malattia, necessiti, successivamente al Ricovero di primo soccorso di:

• essere trasportato da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;

• rientrare al proprio domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, qualora a giudizio del Medico curante, l'Assistito non possa utilizzare un mezzo diverso dall'autoambulanza;

La Centrale Operativa invia direttamente l'autoambulanza tenendo a proprio carico il costo sino ad un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 8 - AREA SERVIZI

8.1.5. IN CASO DI NECESSITÀ

Al fine di attivare le necessarie procedure di presa in carico della richiesta, l'Assistito o chi per lui, si impegna a prendere contatto appena possibile con la Centrale Operativa dedicata ai Servizi H24, per comunicare il tipo di assistenza richiesto.

8.1.6. LA CENTRALE PER L'ASSISTENZA H24

Il numero da contattare per attivare i servizi dell'assistenza h24 in caso di necessità è il NUMERO VERDE: 800.598.635, attivo 24 ore su 24, 365 gg all'anno, in lingua italiana.

8.1.7. RISCHI ESCLUSI PER LA GARANZIA ASSISTENZA H24

Per tutte le garanzie esposte nel presente art. 8.1 (Assistenza H24) e successivi sotto-articoli, è escluso ogni Rimborso, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

a) Cause ed eventi non adeguatamente documentati.

b) Comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall'Assistito; suicidio o tentato suicidio.

c) Malattie mentali, stati d'ansia, stress e depressione, disturbi psichici in genere e nevrosi, nonché sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); reazione psicologica derivante dalla paura (ad es. di un atto di guerra, insurrezione popolare, atto di terrorismo, incidente aereo).

d) Intossicazioni, Malattie ed Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti.

e) Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche e preesistenti alla data di inizio della copertura e note all'Assistito.

f) Malattie dipendenti dalla gravidanza, oltre la 26ma settimana di gestazione.

g) Infortuni derivanti da atti di temerarietà o attività sportive pericolose (a titolo esemplificativo e non esaustivo: alpinismo, trekking oltre i 2500 metri, salti dal trampolino con sci o idro-sci, guida e uso di guidoslitte e bob, deltaplano, parapendio, immersione con autorespiratore, speleologia, pugilato, canoa e rafting, concorsi di equitazione, caccia e tiro, hockey su ghiaccio, sci fuoripista, rugby, football americano, bungee-jumping, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme).

h) Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale o dilettantistico o inerenti a partecipazioni a gare.

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

SEZIONE 8 - AREA SERVIZI

i) Missioni di lavoro che prevedano lo svolgimento di attività prevalentemente di natura manuale e/o manifatturiera e/o con l'ausilio di strumenti e macchinari meccanici o industriali.

j) Pratica venatoria; possesso di armi e munizioni, ancorché provvisti di apposite licenze e autorizzazioni.

k) Viaggi intrapresi allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici, estetici o riabilitativi.

l) Viaggi intrapresi in zone dove vi sia lo sconsiglio a viaggiare del Ministero degli Esteri; viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con mezzi speciali o dove persistano situazioni di conflitto armato, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione e sommosse, legge marziale, usurpazione del potere.

m) Atti di sabotaggio, vandalismo o terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico.

n) Eventi derivanti da fenomeni di trasmutazione dell'atomo, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva o da contaminazione chimico- biologica o batteriologica, inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale.

o) Catastrofi naturali ed altri sconvolgimenti della natura.

p) Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

SEZIONE 8.2

CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire di convenzioni presso Partner di OB SALUTE.

Grazie alle Convenzioni siglate sarà possibile per l'Assistito richiedere direttamente, 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

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 catastrofali.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

SEZIONE 8 - AREA SERVIZI

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 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

I nostri partner vogliono costituire una fonte privilegiata per i Genitori ed i professionisti del settore sanitario, per l'accesso ad informazioni attendibili, inscritte, 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.

c) Consulenza medica

I nostri Partner non vogliono limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vogliono essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico e 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, potranno assicurare la migliore assistenza nella selezione, a livello internazionale, dei professionisti, degli ospedali e delle cliniche più avanzate supportando, se richiesto, il Centro Convenzionato che ha in cura il paziente.

Inoltre, si prenderanno cura del trasporto dei campioni presso il Centro Convenzionato indicata dal Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

ALLEGATO 1 - ELENCO DEI RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)
- Intervento per asportazione tumore alla mammella

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare Intervento di enucleazione del globo oculare
- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

ALLEGATO 1 - ELENCO DEI RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per poliposi nasale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)
- Bypass aortocoronarico singolo o multiplo con o senza circolazione extracorporea
- Bypass aorto-iliaco – femorale (aorto-femorale, aorto-iliaco, alla poplitea, aortopopliteo)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

ALLEGATO 1 - ELENCO DEI RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
- Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia
- Isterectomia con eventuale con eventuale annessectomia

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

ALLEGATO 1 - ELENCO DEI RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

ALLEGATO 2 - TABELLA DEI PUNTEGGI (PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA)

Lavarsi

1° grado

l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:

punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno:

punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno:

punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado

l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:

punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo:

punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo:

punteggio 10

Igiene personale

1° grado

l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

ALLEGATO 2 - TABELLA DEI PUNTEGGI (PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA)

1) andare al bagno

2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per almeno 1 o al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività:

punteggio 5

3° grado

l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività:

punteggio 10

Mobilità

1° grado

l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici, come ad esempio la sedia a rotelle o le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto:

punteggio 5

3° grado

l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:

punteggio 10

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI SANITARIE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

ALLEGATO 2 - TABELLA DEI PUNTEGGI (PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA)

Continenza

1° grado

l'Assistito è completamente continente:

punteggio 0

2° grado

l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:

punteggio 5

3° grado

l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia:

punteggio 10

Alimentazione

1° grado

l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado

l'Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:

- sminuzzare/tagliare i cibi;
- sbucciare la frutta;
- aprire contenitore/una scatola;
- versare bevande nel bicchiere:

punteggio 5

3° grado

l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale:

punteggio 10.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

PRESTAZIONI EROGATE IN TUTTE LE STRUTTURE IN CONVENZIONE

LE TARIFFE RIPORTATE NEL NOMENCLATORE CHE PRECEDE SI INTENDONO RIPETIBILI SENZA LIMITI, ALLE TARIFFE INDICATE FATTE SALVE LE SEGUENTI VARIAZIONI:

• Cod 01 - Visita odontoiatrica iniziale;

• Cod 05 - Ablazione semplice del tartaro (detartrasi)

Le tariffe applicate sono previste per la sola prima prestazione, nel medesimo anno solare, se la prestazione verrà resa in favore dei Beneficiari. Dalla seconda prestazione erogata nell'anno solare in favore dei Beneficiari e sempre per le prestazioni rese in favore dei Familiari dei Beneficiari, senza limiti di ripetibilità e previa approvazione da parte di Mutualmed, la tariffa applicata sarà di Cod.1 € 40,00; Cod.05 € 50,00;

ESTENSIONE COPERTURA FAMILIARI

Le garanzie inserite nel piano sanitario potranno essere utilizzate con i limiti previsti anche dai Familiari e/o Coniuge, Conviventi e Figli dei Beneficiari.

Le prestazioni potranno essere erogate esclusivamente in tutte le strutture in convenzione del network di riferimento.

Prestazioni erogate esclusivamente nelle strutture GOLD

LE TARIFFE RIPORTATE NEL NOMENCLATORE CHE PRECEDE SI INTENDONO RIPETIBILI SENZA LIMITI, ALLE TARIFFE INDICATE FATTE SALVE LE SEGUENTI VARIAZIONI

Sarà a disposizione dei Beneficiari e dei loro familiari un network di strutture selezionate e di qualità controllata denominate "GOLD" le cui prestazioni saranno erogate con un importante contributo a carico di Mutualmed il quale non sarà cumulabile con quello relativo alle prestazioni erogate nelle altre strutture in convenzione.

IMPLANTOLOGIA / CHIRURGIA ESTRATTIVA/ PROTESI

Nelle strutture Gold sarà previsto per queste prestazioni un rimborso effettuato direttamente alla struttura pari al 70% delle spese sostenute con un massimale di € 2.000,00 per nucleo familiare per anno.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

PRESTAZIONI EROGATE IN TUTTE LE STRUTTURE IN CONVENZIONE

Sono previsti sotto massimali per persona per anno solare con la seguente regolamentazione:

• € 1.500,00 saranno a disposizione esclusivamente del Beneficiario.

• € 500,00 potranno essere utilizzati dai familiari.

I limiti di rimborso sopra previsti prevedono quindi uno scoperto a carico del paziente del 30% dell'intero costo per queste prestazioni.

• [codice 61] - Impianto osteointegrato (compresa esposizione) e pilastro implantare-abutment.

Questa prestazione verrà rimborsata solo se effettuata a seguito dell'estrazione dell'elemento che l'impianto andrà a sostituire.

• [codice 14] - Estrazione semplice di dente o radice;

• [codice 15] – Estrazione complessa di dente e/o radice;

• [codice 16] - Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale;

• [codice 36] - Protesi totale rimovibile definitiva in resina o ceramica (per arcata)

• [codice 37] - Protesi totale rimovibile immediata (per arcata)

Per le prestazioni [codice 14] - [codice 15] - [codice 16] - [codice 61] sono richieste radiografie pre e post cure. Per le prestazioni [codice 36] - [codice 37] è richiesta la certificazione del laboratorio

DIAGNOSTICA

Le seguenti prestazioni [codice 06] Ortopantomografia (OPT), [codice 07] Cone Beam 3d, [codice 08] Rx endorale, [codice 09] Rx telecranio (solo se presente in struttura) saranno gratuite per la sola prima prestazione, nel medesimo anno solare, se la prestazione verrà resa in favore del Beneficiario. Dalla seconda prestazione erogata nell'anno solare in favore dei Dipendenti e sempre per le prestazioni rese in favore dei Familiari, senza limiti di ripetibilità, sarà applicata la tariffa secondo suddetto piano.

ORTODONZIA

Nelle strutture Gold sarà previsto per queste prestazioni un rimborso effettuato direttamente alla struttura pari al 70% delle spese sostenute con un massimale di € 250,00 per nucleo familiare per anno.

È previsto un sotto massimale per persona per anno solare con la seguente regolamentazione:

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

PRESTAZIONI EROGATE IN TUTTE LE STRUTTURE IN CONVENZIONE

• € 150,00 per anno solare saranno a disposizione esclusivamente del Beneficiario.

• € 100,00 per anno solare potranno essere utilizzati dai familiari.

I limiti di rimborso sopra previsti prevedono quindi uno scoperto a carico del paziente del 30% dell'intero costo preventivato per la prestazione oggetto di rimborso che segue:

• [codice 58] Terapia ortodontica fissa per arcata per anno e/o frazione di anno

VISITE

Nelle strutture GOLD verranno erogate gratuitamente nr.2 visite per anno solare per nucleo familiare con il limite di massimo uno per il Beneficiario e di massimo uno per i familiari

• [codice 01] - Visita odontoiatrica iniziale

IGIENE E PROFILASSI

Nelle strutture GOLD verranno erogate gratuitamente nr.1 ablazioni per anno solare per il Beneficiario. [codice 05] Ablazione tartaro (sia adulti che bambini)

ULTERIORI PLUS STRUTTURE GOLD

1) CONTRIBUTO SPESE TRASFERIMENTO

Nelle strutture GOLD è inoltre previsto un contributo per viaggio ed alloggio con le seguenti modalità

a) Nel caso in cui la struttura GOLD più vicina disti più di km. 200 dall'indirizzo di residenza verrà fornito al Beneficiario o al Familiare un servizio navetta gratuito da e per l'aeroporto o la stazione ferroviaria più vicina

b) Nel caso in cui la struttura GOLD più vicina disti più di km. 200 dall'indirizzo di residenza ed il caso necessiti di interventi complessi che richiedano anche il pernottamento oltre al servizio navetta sopra previsto verrà

c) fornito gratuitamente anche l'alloggio nella vicinanze della struttura prescelta dalla Commissione Medico Scientifica a proprio insindacabile giudizio.

d) Tutto quanto sopra sarà valido solo nel caso in cui il Beneficiario o il familiare accetti preventivi di importi a suo carico superiori almeno ad €.2800,00 (duemilaottocento/00)

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

PRESTAZIONI EROGATE IN TUTTE LE STRUTTURE IN CONVENZIONE

e) Nel caso in cui la struttura GOLD più vicina disti più di km. 200 dall'indirizzo di residenza e si tratti di prima visita tutto quanto sopra dovrà essere autorizzato dalla Commissione Medico Scientifica previo invio di ortopantomografia da parte del soggetto interessato al trattamento (Beneficiario e/o familiare)

2) GARANZIA

Nel caso in cui lavori protesici e/o impianti oggetto dei trattamenti effettuati in una struttura GOLD e rimborsati da Mutualmed dovessero essere riparati e/o rifatti e/o sostituiti dalla stessa struttura nell'arco dei 3 anni successivi all'erogazione della prestazione, Mutualmed provvederà a sostenere integralmente le spese relative a tutto quanto sopra.

Tale procedura deve essere corredata di certificazione da parte della struttura stessa che escluda ogni responsabilità da parte del paziente.

3) FINANZIAMENTO CURE

Mutualmed garantisce ai Beneficiari la possibilità di finanziare presso le strutture GOLD l'eventuale importo a loro carico relativo alle cure preventivate previa naturalmente valutazione e autorizzazione da parte della società finanziaria prescelta.

4) INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO (ESCLUSIVAMENTE PER I BENEFICIARI)

Verranno liquidate le spese sostenute dai Beneficiari nelle strutture GOLD per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie (purché diagnosticate non antecedentemente alla data di copertura):

• osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o mandibolare [escluso quelle iatrogene da malpractice (a titolo esemplificativo e non esaustivo osteiti conseguenti a interventi di implantologia, estrazioni, ecc.) e quelle conseguenti all'assunzione di bifosfonati]

• cisti follicolari

• adamantinoma

• odontoma

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma
06.94147603
info@obitaliasalute.it

PRESTAZIONI EROGATE IN TUTTE LE STRUTTURE IN CONVENZIONE

Per l'autorizzazione alle cure sarà necessario inoltrare a Mutualmed:

• la prescrizione medica antecedente l'intervento contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa

• radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso antecedenti l'intervento

• radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari, adamantinoma e odontoma antecedenti l'intervento.

Le spese verranno liquidate nel limite annuo di €. 600,00 (seicento/00) per Beneficiario.

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente alle strutture del network GOLD senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro i limiti del massimale previsto.

Nel caso in cui il Beneficiario si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso Mutualmed si provvederà a rimborsare integralmente i ticket sanitari a carico del Beneficiario entro i limiti dei massimali previsti.

5) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO AVVENUTO SUL LUOGO DI LAVORO (ESCLUSIVAMENTE PER I BENEFICIARI)

Verranno liquidate le spese sostenute dai Beneficiari nelle strutture GOLD per prestazioni odontoiatriche effettuate a seguito di infortunio avvenuto sul luogo di lavoro.

La garanzia opererà esclusivamente nel caso di:

a) Infortunio sul luogo di lavoro in cui il danno dentale risulti da idonea documentazione sanitaria rilasciata da strutture di Pronto Soccorso Ospedaliere entro 24 ore dalla data di accadimento dello stesso.

b) Infortunio risultante da idonea documentazione comprovante la denuncia dell'infortunio inviata all'I.N.A.I.L .

La copertura non sarà operante nel caso in cui:

- Il Beneficiario abbia assunto sostanze stupefacenti nelle 48 ore precedenti il sinistro.

Regolamento del Piano Sanitario

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Piazza di Villa Carpegna 58, Roma 06.94147603 info@obitaliasalute.it

PRESTAZIONI EROGATE IN TUTTE LE STRUTTURE IN CONVENZIONE

- Gli infortuni siano conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- Gli infortuni siano conseguenti a tumulti popolari, atti violenti od aggressioni

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario verranno liquidate direttamente attraverso Mutualmed alle strutture GOLD senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro i limiti del massimale previsto.

Nel caso in cui il Beneficiario si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per richiedere le prestazioni di cui al presente paragrafo, Mutualmed provvederà a rimborsare integralmente i ticket sanitari a carico del Beneficiario entro i limiti dei massimali previsti.

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 (cinquecento/00) per Beneficiario.

6) ASSISTENZA E CONSULTO COMMISSIONE MEDICO SCIENTIFICA SOLO PER I BENEFICIARI

Il Beneficiario può ricevere, se lo desidera, il consulto di una Commissione Scientifica che, se richiesta, può rilasciare una propria "second opinion" circa i piani di trattamento elaborati e le tariffe applicate dalle strutture GOLD e, sempre se richiesto, potrà interfacciarsi con queste ultime per valutare e concordare eventuali modifiche e/o implementazioni nel programma di cure ad esclusivo vantaggio dei Beneficiari.

7) MODALITA' DI RIMBORSO PER PRESTAZIONI EROGATE DA STRUTTURE GOLD

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario nelle Strutture GOLD e relative al contenuto del presente Piano Sanitario saranno liquidate direttamente alle stesse da parte di Mutualmed.