



REGOLAMENTO DI SUSSIDIO 2025

**CONVENZIONE PER I FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO
DEI LAVORATORI DELLA CASSA ITALIA ON LINE**

DURATA DELLA CONVENZIONE E DEL SUSSIDIO

dalle ore 24.00 del 31/12/2024

alle ore 24.00. del 31/12/2025

Introduzione

Il presente Regolamento individua le prestazioni previste in favore del Socio e dei suoi familiari componenti il nucleo familiare (ove il Sussidio è sottoscritto a "Nucleo").

Il Regolamento è redatto con l'intento di fornire al Socio uno strumento di consultazione completo, una guida all'utilizzo del Sussidio per assisterlo dal momento dell'adesione fino all'erogazione di un Sussidio, che consiste in un diritto a un indennizzo e/o un rimborso e/o un servizio e/o una consulenza.

Le indicazioni riportate nel presente Regolamento rappresentano l'insieme delle norme principali per l'erogazione delle prestazioni indicate nel Sussidio e costituiscono elemento vincolante per attivare ogni garanzia. Il Regolamento di Sussidio è integrato dal testo di Convenzione separatamente sottoscritto (ove sottoscritto), dal Regolamento di Aequa Salute e da ogni altro regolamento strettamente collegato al Sussidio, ivi compreso il modulo di adesione.

La Società di Mutuo Soccorso Aequa Salute può erogare i servizi e le garanzie del presente Sussidio, sia assumendosi con propri capitali il rischio di copertura, sia sottoscrivendo una o più convenzioni con primarie Compagnie di Assicurazione e/o Società di Servizi. Aequa Salute può derogare il pagamento/indennizzo di sinistri e/o l'erogazione dei servizi a suddette Compagnie e/o a Service Provider: per il presente Sussidio la convenzione è stata sottoscritta con la Compagnia Reale Mutua Assicurazioni che utilizza la Società di Servizi Blue Assistance. Quando nel Sussidio è indicato "la Mutua paga/indennizza/rimborsa/eroga", il pagamento/ indennizzo/ rimborso/ erogazione possono essere eseguiti dai soggetti sopra indicati.

Definizioni

Associato o Socio o Assistito: persona fisica il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia.

Assistenza Infermieristica: assistenza presentata da personale in possesso di specifico diploma.

Attività Professionale: attività svolta dall'Associato con carattere abituale, continuativo e remunerativo.

Blue Assistance: Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto della Mutua alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con le strutture sanitarie e con i medici chirurghi e alla liquidazione dei sinistri della Sezione Rimborso Spese Mediche.

Cartella Clinica: documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità del soggetto, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Centrale Operativa: gli uffici atti a gestire le procedure di rimborso e le informazioni necessarie per l'erogazione dell'indennizzo/rimborso/prestazione/servizio.

Centri Odontoiatrici: le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri presso i quali l'Associato può fruire delle prestazioni mediche previste dal Sussidio, rese necessarie dal suo stato di salute.

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.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un ricovero, prescritto dai medici che hanno curato l'Associato, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale l'Associato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Data Del Sinistro/Evento: per i ricoveri s'intende il giorno di ingresso in istituto di cura o il giorno dell'intervento chirurgico; a tale data fanno riferimento tutte le spese connesse al sinistro/evento (precedenti al ricovero/intervento, durante il ricovero/intervento e successive al ricovero/intervento). Per le prestazioni Extraricovero la data della prima prestazione sanitaria erogata inviate contemporaneamente.

Day Hospital/Day Surgery: struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

Difetto Fisico o Malformazione: alterazione, mancanza o imperfezione di un organo o di un apparato, anche di natura congenita.

Documenti Personali: la carta d'identità, la patente e il passaporto, la tessera sanitaria e la tessera codice fiscale.

Emergenza: il verificarsi di un evento improvviso e imprevedibile che necessiti di decisioni e interventi urgenti.

Ente Pubblico: il soggetto giuridico che faccia parte della Pubblica Amministrazione Italiana.

Eestero: gli Stati diversi da Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.

Evento/Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è richiesto l'*indennizzo* o il *rimborso* o l'*attivazione* della prestazione in forma diretta.

Franchigia: la parte di danno, espressa in misura fissa, che per ogni evento rimane a carico dell'Associato.

Indennizzo: la somma dovuta all'Associato in caso di evento indennizzabile.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intervento Chirurgico Concomitante: qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: ospedale, clinica, casa di cura o Istituto universitario, regolarmente autorizzati 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 riabilitazione e di soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le cliniche aventi finalità di custodia o educative.

Liquidazione in Forma Diretta: la Mutua, o la Compagnia a cui è affidato il rischio o soggetto terzo da essa incaricato, paga direttamente alla *struttura sanitaria e ai medici chirurgi convenzionati* le spese sostenute e indennizzabili a termini di Sussidio, al netto di *scoperti/franchigie* indicati nel Sussidio stesso. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dal Sussidio e in caso di ricorso a *strutture sanitarie* (pubbliche e private) e medici chirurgi (anche in regime di intramoenia) entrambi convenzionati con Blue Assistance per il presente Sussidio.

Liquidazione in Forma Indiretta (a Rimborso): le spese indennizzabili a termini di *Sussidio* vengono rimborsate previa applicazione di *scoperti/franchigie* indicati nel Sussidio stesso. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dal presente Regolamento, in caso di ricorso a *strutture sanitarie* (pubbliche e private) e medici chirurgi (anche in regime di intramoenia) non convenzionati con Blue Assistance per il presente Sussidio.

Liquidazione in Forma Mista: la Mutua, o la Compagnia a cui è affidato il rischio o soggetto terzo da essa incaricato paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance per il presente Sussidio la componente di spesa – indennizzabile a termini di Sussidio – relativa alla struttura sanitaria, al netto di scoperti/franchigie indicati nella Scheda Riepilogativa, che rimangono a carico dell'Assistito. L'Assistito sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici non convenzionati con Blue Assistance per il presente Sussidio richiedendone successivamente il rimborso alla medesima. Tutte le spese indennizzabili a termini di Sussidio vengono rimborsate all'Assistito previa applicazione di scoperti/franchigie indicati nella Scheda Riepilogativa, che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dal Regolamento di Sussidio, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate con Blue Assistance per il presente Sussidio e medici chirurgi (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assistito o siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Massimale: la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun periodo assicurativo, la Mutua presta la garanzia. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per nucleo familiare.

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

Modulo di Adesione: documento che riporta i dati anagrafici del Socio e quelli necessari alla gestione dell'adesione alla Mutua e del Sussidio prescelto, le dichiarazioni e le scelte del Socio, i dati identificativi del nucleo familiare, il contributo e le autorizzazioni al trattamento dei dati forniti.

Mutua: la Società di Mutuo Soccorso Aequa Salute (ora innanzi anche **Aequa**).

Network: rete convenzionata di Blue Assistance, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.blueassistance.it.

Optometrista: professionista sanitario, non medico, laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi e/o soggettivi strumentali lo stato refrattivo del soggetto, al fine di determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica al soggetto.

Pratica: l'insieme di tutti i documenti relativi all'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia/prestazione.

Pronto Soccorso: struttura sanitaria pubblica autorizzata a erogare prestazioni di prima assistenza in caso di infortunio e/o malattia.

Protesi Acustica (Apparecchio Acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi Ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Società o di un intermediario; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rimborso/Indennizzo: la somma di denaro dovuta all'Associato, in caso di evento, rimborsabile secondo il presente Regolamento. Per questo Sussidio i pagamenti/indennizzi/rimborsi saranno operati da Blue Assistance e/o da Reale Mutua, Compagnia incaricata di gestire il rischio della Convenzione.

Rischio: la probabilità che si verifichi l'evento.

Scoperto: la parte di danno, espressa in misura percentuale, che per ogni pratica rimane a carico dell'Associato.

Sinistro/Evento: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è richiesto l'indennizzo o il rimborso ovvero l'attivazione della prestazione in forma diretta.

Sforzo: atto di forza straordinario, per intensità e rapidità nella contrazione muscolare, allo scopo di controbilanciare una potenza o vincere una resistenza.

Socio (o Aderente o Associato o Assistito): il soggetto aderente alla Mutua.

Socio Titolare: Socio che ha sottoscritto il Sussidio per sé o per sé e per la sua famiglia.

Sostegno: Sussidio economico dedicato all'Associato per sé o per un suo familiare, atto a dare un supporto economico in casi di necessità identificati nel Sussidio.

Sottomassimale (o anche submassimale): la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nel Sussidio, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Mutua presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare. Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia o infortunio.

Struttura Sanitaria: Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera. Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato. Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Strutture Sanitarie e Medici Chirurghi Convenzionati: strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance, presso i quali l'Assistito – previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di Blue Assistance – può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi chirurgici e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute. L'elenco delle strutture e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.blueassistance.it. Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assistito ottenga conferma, per il tramite di Blue Assistance, dell'effettiva esistenza dell'accordo.

Sussidio: la prestazione garantita dal regolamento e/o l'insieme di norme che regolamentano la copertura sanitaria.

Test Genetici Prenatali non Invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per la valutazione di aneuploidie fetali.

Termini di Carenza: il periodo di tempo che intercorre fra la decorrenza del Sussidio (o il successivo ingresso in copertura) e l'inizio della garanzia.

Trattamento di Fisioterapia: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o più apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di Sussidio, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapia conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge. Non rientrano nella definizione, e pertanto sono in ogni caso escluse dalla copertura, tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il Biologo Nutrizionista).

SEZIONE 1 – Condizioni che regolano il Sussidio

Art. 1 - Persone Associate/Assistite

Le prestazioni disciplinate dal presente regolamento sono prestate in favore del Socio/Associato/Assistito indicato nell'apposito modulo di adesione e sottoscrizione del Sussidio. Se il Sussidio è stato sottoscritto in convenzione con una persona giuridica gli Associati/Assistiti saranno coloro che compariranno nell'apposito elenco inviato ad Aequa dall'Ente Associato o dai singoli Moduli di Adesione e rimarranno in copertura secondo i principi della convenzione con il Socio Persona Giuridica.

Art. 2 - Omissis

Art. 3 - Validità del Sussidio in Convenzione, Aveni Diritto e Contributi

Qualora il presente Sussidio e il relativo contributo aggiuntivo operino in regime di Convenzione, la validità di quest'ultima costituisce *conditio sine qua non* della validità del Sussidio stesso. Pertanto, la cessazione per qualsiasi ragione della Convenzione, determinerà automaticamente la cessazione del presente Sussidio alla sua prima scadenza annuale. In ogni caso, il Socio beneficiario del Sussidio decaduto, potrà sempre rimanere Socio della Mutua con apposita richiesta di sottoscrizione di altro Sussidio messo a disposizione. Il contributo annuale per ciascun Associato è indicato nel Modulo di Adesione e nella Scheda Riepilogativa (in calce al presente regolamento). Il contributo è determinato per un anno. Durante il periodo di validità del presente Sussidio vi è l'obbligo per il singolo Associato di permanenza senza possibilità di recesso.

Art. 4 - Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

Le garanzie previste dal Sussidio hanno effetto dalle ore 24:00 del giorno di iscrizione al libro dei Soci di Aequa, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati; altrimenti hanno effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento, se successivo a tale data.

Se soggetto a una Convenzione, il Sussidio ha effetto dalla data indicata nella Lettera di Benvenuto e termina alla data di cessazione della Convenzione a cui è collegato. Il presente Sussidio (nonché la convenzione a cui è collegato) ha una durata di 1 anno, dalle ore 24:00 del giorno 31/12/2024. Se il Contraente non paga i contributi o le rate di contributo successive, il Sussidio resta sospeso dalle ore 24:00 del 45° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. Trascorso il termine di cui sopra, la Mutua ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Art. 5 - Comunicazioni, modifiche, aggravamento del rischio

Le eventuali comunicazioni inerenti al rapporto tra le parti devono avvenire in forma scritta. L'Associato deve dare immediatamente comunicazione scritta di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Socio relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*, nonché la stessa cessazione del Sussidio. Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

Art. 6 - Omissis

Art. 7 - Massimali

Tutti i massimali nonché i sotto massimali indicati nel presente regolamento sono da intendersi per Socio e per anno di validità del Sussidio o per nucleo familiare e per anno di validità in caso di sottoscrizione del Sussidio in formula Nucleo, salvo casi specifici, dove diversamente espresso nelle singole garanzie.

Art. 8 - Foro Competente

Foro esclusivamente competente è quello di Padova.

Art.9 - Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto di Aequa Salute e il Regolamento applicativo dello Statuto.

Art. 10 - Termini di Aspettativa (Carenze e Patologie Pregresse)

Fermo restando quanto previsto al precedente Art. 4, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio e/o diversi termini indicati per le singole garanzie, **la rimborsabilità/indennizzabilità/erogazione di prestazioni del Sussidio decorre:**

a) dal giorno in cui ha effetto il Sussidio.

Sono operanti 120 giorni di carenza per malattia e l'esclusione delle garanzie lenti e cure dentarie per tutta la durata del Sussidio per i Familiari non in continuità di copertura (persone non assicurate, anche con altro Assicuratore, al 31/12/2024).

Art. 11 - Omissis

Art. 12 - Omissis

Art. 13 - Omissis

Art. 14 - Limiti territoriali

Le garanzie del Sussidio, nei limiti stabiliti dal presente regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. In ogni caso, i rimborsi e gli indennizzi spettanti saranno erogati in valuta avente corso legale in Italia.

Art. 15 - Durata del Sussidio e tacito rinnovo

Il Sussidio sottoscritto ha durata di un anno a decorrere dal giorno di cui al precedente Art. 4. La presente copertura è collegata alla polizza rimborso spese mediche a favore degli Associati alla Cassa per l'Assistenza Integrativa del personale non dirigente di Italiaonline. Il Sussidio, essendo strettamente collegato a una convenzione, non prevede il tacito rinnovo; pertanto, cessa automaticamente al termine di validità del Sussidio indicato all'Art. 4.

Art 16 - Omissis

Art 17 - Accertamenti e controlli medici

Il Socio si impegna a sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, a eventuali accertamenti e controlli medici fornendo ogni informazione che la Mutua o la Compagnia o il Service ritenga necessaria e sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art 18 - Data dell'evento

Per data in cui si è verificato l'evento, si intende il giorno in cui si è verificato il ricovero; per le prestazioni non di ricovero invece la data della prima prestazione sanitaria erogata e/o dell'accadimento che ha generato la richiesta.

SEZIONE 2 - Chi può sottoscrivere il Sussidio

Il Sussidio è previsto, come da convenzione, a favore dei FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO INTESI COME CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO, FIGLI DEL PERSONALE ISCRITTO ALLA CASSA DI ITALIAONLINE.

Sezione 3 - Norme generali che regolano le garanzie del Sussidio RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Mutua presta le garanzie e le prestazioni riportate nella **Scheda Riepilogativa** (allegato 1), con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti Condizioni di Sussidio, in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) Ricovero con e senza intervento chirurgico, effettuato in Istituto di Cura o Intervento ambulatoriale e Day Hospital

La Mutua rimborsa all'Associato, fino alla concorrenza del massimale, le spese per:

- 1) Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento (ivi compresi apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento);
- 2) Analisi di laboratorio e accertamenti diagnostici (compresi onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei **90 giorni precedenti la data del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero**. La presente garanzia non è operante in caso di Day Hospital;
- 3) Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, sostenuti durante il periodo del ricovero;
 - prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, sostenute nei **90 giorni successivi al termine del ricovero** o alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato;

- Trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di infortunio, effettuati e fatturati dall'istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista, che abbia richiesto intervento chirurgico o ricovero pari o superiore a 8 giorni effettuati nei 150 giorni successivi all'intervento o dal ricovero.

La presente garanzia non è operante in caso di Day Hospital;

- 4) Rette di degenza (**escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente**);
- 5) Day Hospital, comprese terapie mediche, visite ed accertamenti diagnostici, medicinali, pertinenti a malattia o infortunio, **escluso il controllo**;
- 6) Spese per l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici a seguito di malattia od infortunio, che abbiano reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, **fino al limite di € 1.100,00** per anno e per persona, con applicazione di uno **scoperto del 20%** sulle spese sostenute. **Non sono compresi i rimborsi relativi alle spese di riparazione o sostituzione per vetustà o ammodernamento degli apparecchi stessi; sono in ogni caso esclusi i rimborsi delle spese per protesi dentarie, ortodontiche e oculistiche previste**, comunque, nel successivo punto C.
- 7) Le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera in Italia ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Associato con il limite giornaliero di **€ 78,00 e con un massimo di 30 giorni per anno e per persona, elevate ad € 130,00 in caso di ricovero all'estero**;
- 8) le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Associato all'istituto di cura o ospedale in ambulanza, in Italia e all'estero, con un massimo di **€ 550,00 per anno e per persona**;
- 9) Le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Associato all'Istituto di cura o ospedale con altri mezzi sanitariamente attrezzati, in Italia ed all'estero, con un massimo di **€ 1.100,00 per anno e per persona**;

Relativamente ai soli ricoveri senza intervento chirurgico si conviene che **non saranno ammessi risarcimenti per ricoveri con durata pari o inferiore a 3 giorni; pertanto, i ricoveri con durata superiore a 3 giorni si intenderanno completamente indennizzabili.**

Sono inoltre compresi negli interventi chirurgici:

- Parto Cesareo e aborto terapeutico, aborto spontaneo o post-traumatico comportanti il ricovero;
- Interventi in regime di Day Hospital;
- Interventi ambulatoriali;
- Qualsiasi altro tipo d'intervento (laser, crioterapia, ecc.);
- Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri, limitatamente a quelli effettuati:
 - In casi di anisometropia superiore a 3 diottrie;
 - In caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio

Limite di € 1.000,00 per occhio per prestazioni effettuate in regime di assistenza diretta e in regime rimborsuale.

B) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN) – Trasformabilità della prestazione

Qualora le spese inerenti l'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni previste dal precedente punto A si intendono sostituite dalla corresponsione di una indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di **€ 80,00 giornaliere, fino ad un massimo di 60 giorni per persona e per anno di validità del Sussidio.** Nel caso in cui il ricovero sia senza intervento chirurgico, l'indennità sarà soggetta ad una **franchigia relativa di 3 (tre) giorni.**

MASSIMALE ANNUO PER L'INSIEME DELLE GARANZIE "A" E "B"

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di **€ 200.000,00** da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno di validità del Sussidio e per persona.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese di cui alla garanzia "A" verrà effettuato come segue:

- nel caso in cui l'Associato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicato uno scoperto del 20% con il minimo di € 1.500,00 per evento.
- nel caso in cui l'Associato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato uno scoperto del 30% con il minimo di € 2.500,00 per evento.

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia Day Hospital che ambulatoriale.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

C) PRESTAZIONI DOMICILIARI O AMBULATORIALI A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

La Mutua rimborsa anche le spese per le seguenti prestazioni sanitarie non effettuate durante il ricovero in istituto di cura e purché rese necessarie da malattia o infortunio:

- Onorari per visite specialistiche **con esclusione di quelle pediatriche**;
- Prestazioni di agopuntura effettuate da medico chirurgo regolarmente iscritto all'Albo dei medici chirurghi;
- Visite omeopatiche effettuate da medico chirurgo regolarmente iscritto all'Albo dei medici chirurghi;
- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici;

Garanzia valida per le persone già assicurate (anche con altro Assicuratore) alla data del 31/12/2024: Rimborso delle spese relative alle lenti, comprese quelle a contatto ad esclusione delle montature, fino alla concorrenza della somma di € 250,00 per anno e per persona. Tale somma limitatamente alle malattie: cheratocono, glaucoma, miopia grave pari o superiore a 6/10 o a seguito di intervento chirurgico, **viene elevato a € 600,00.**

Per ottenere il rimborso **è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico (come da D.Lgs del 24.02.97 n. 46), copia del visus attuale e precedente;** in mancanza del visus precedente è possibile presentare certificazione dell'oculista o optometrista regolarmente abilitato indicante la gradazione lenti da sostituire.

Si precisa che tale garanzia è valida per le persone già assicurate (anche con altro Associatore) alla data del 31/12/2024.

Relativamente alle prestazioni relative alle lenti, di cui al precedente capoverso, l'Associato può attivare il pagamento in forma diretta richiedendo la presa in carico direttamente al Centro Ottico Convenzionato.

Per farlo deve accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it, consultare i Centri ottici convenzionati, selezionare quello desiderato e scaricare il voucher da consegnare al Centro in fase di richiesta della prestazione. Sarà poi l'ottico stesso a richiedere la presa in carico delle spese a Blue Assistance. Contestualmente occorre fornire al Centro un numero di cellulare e un indirizzo e-mail.

Blue Assistance invierà all'Associato, tramite e-mail, una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione con indicazione del massimale ed eventuali franchigie/scoperti previsti dalle condizioni generali di assicurazione.

In mancanza della corretta attivazione, la liquidazione in forma diretta non è operante e pertanto avverrà nella tradizionale forma a rimborso, previa applicazione di franchigie/scoperti previsti.

MASSIMALE

Il **massimale annuo** per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 2.200,00 per persona.**

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, con l'applicazione di uno **scoperto del 20% col minimo di € 55,00 per evento.**

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale** i ticket **sono rimborsati al 100% sempreché si riferisca alla medesima annualità assicurativa e la spesa totale sostenuta sia superiore ad € 26,00 anche se riferita a più di una prestazione e per patologie diverse.**

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

D) CURE DENTARIE

(garanzia valida per le persone già assicurate (anche con altro Associatore) alla data del 31/12/2024).

La Mutua rimborsa le cure dentarie e ortodontiche elencate nell'allegato "Tariffario delle prestazioni dentarie" (Allegato 2). Il tariffario delle prestazioni dentarie dovrebbe essere esaustivo, ma considerata la continua e rapida evoluzione della medicina e chirurgia, qualora la prestazione effettuata non fosse prevista tra le voci del tariffario, il rimborso dovuto verrà stabilito con criterio analogico, in riferimento al più simile – per tipo di patologia e tecnica medico / chirurgica utilizzata – delle prestazioni elencate.

MASSIMALE

Il **massimale annuo** per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 2.200,00 a persona, condiviso con la garanzia C.**

Sono previsti dei sub-massimali:

- **€ 1.700,00** per anno di validità del Sussidio e per persona per le prestazioni effettuate presso studi dentistici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) con la Mutua con sotto limiti pari ad **€ 1.350,00** per anno di validità del Sussidio e per persona per le prestazioni effettuate presso medici non convenzionati con Blue Assistance, ed **€ 800,00** per anno di validità del Sussidio e per persona relativamente alle prestazioni di implantologia;
- **€ 700,00** per anno di validità del Sussidio e per persona relativamente alle prestazioni di "ortognatodonzia".

Si precisa che tale garanzia è valida per le persone già assicurate (anche con altro Associatore) alla data del 31/12/2024.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Associato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicata uno **scoperto del 25% con il minimo di € 100,00** per evento, ad eccezione delle cure di prevenzione che saranno rimborsate interamente senza alcuno scoperto o franchigia;
- nel caso in cui l'Associato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato uno **scoperto del 40% con il minimo di € 200,00.**
- nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket **sono rimborsati al 100% sempreché si riferisca alla medesima annualità assicurativa e la spesa totale sostenuta sia superiore ad € 26,00 anche se riferita a più di una prestazione e per patologie diverse.**

PREVENZIONE

E) PREVENZIONE

Diagnostica preventiva; in un'ottica di prevenzione è previsto il rimborso delle spese sostenute per i seguenti accertamenti di diagnostica preventiva:

a) DONNE

- Visita specialistica ginecologica;
- un esame mammografico;
- esame citologico secondo Papanicolau (pap-test);
- colposcopia e striscio;
- ecografia pelvica;
- ecografia mammaria;

- elettrocardiogramma;
- visita cardiologica;
- RX torace.

b) UOMINI

- Visita specialistica urologica;
- PSA;
- elettrocardiogramma;
- visita cardiologica;
- RX torace;

MASSIMALE

Il **massimale annuo** è pari a **€ 120,00 a persona**.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Qualora l'Associato si sia avvalso dell'Assistenza Sanitaria Sociale, in forma diretta o indiretta, la Mutua rimborserà le spese eccedenti, sostenute proprio dall'Associato, entro i limiti previsti da ciascuna garanzia.

PRESTAZIONI ONCOLOGICHE

F) TERAPIE PER MALATTIE ONCOLOGICHE

Sono riconosciute le spese sostenute per terapie per malattie oncologiche e cardiologiche, per queste ultime solo se con intervento.

MASSIMALE

Il **massimale annuo** per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 5.000,00 per persona**.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato con l'applicazione di uno **scoperto del 20% per evento**.

G) INDENNITÀ PER MALATTIA ONCOLOGICA

Indennità per malattia oncologica a valere per gli Assicurati con età inferiore ai 60 anni. Qualora l'Associato venga colpito dall'insorgenza di una malattia oncologica maligna (caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale), che richiede ricovero, la Mutua corrisponde una somma pari a **€ 1.000,00**.

La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi – comprovata da certificazione medica e cartella clinica – sia successiva alla data effetto del contratto (01/01/2022) o successiva alla data di inserimento in copertura dell'Associato.

Il pagamento di tale indennità verrà corrisposto una sola volta per l'intero periodo di durata della polizza, compresi casi di rinnovo o ripresa di polizze esistenti. La garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Associato alla data di richiesta dell'indennizzo.

Sezione 4 - Prestazioni Erogate Dal Servizio Sanitario Nazionale in ambito di Strutture Intramoenia

Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in ambito di strutture Intramoenia (v. GLOSSARIO) al di fuori delle convenzioni con il Network, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nella presente polizza per le prestazioni private.

Sezione 5 - Estensioni Di Garanzia

Sono inclusi nel Sussidio le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza del Sussidio, salvo quanto previsto al successivo articolo "Delimitazioni del Sussidio - casi di non operatività del Sussidio".

Sono inoltre compresi in garanzia i seguenti eventi:

- gli infortuni conseguenti a stato di malore, incoscienza, vertigini, purché non cagionati dall'abuso di alcool, di psicofarmaci, di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- l'asfissia involontaria provocata da fughe di gas, vapori o esalazioni velenose, l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, l'occlusione accidentale delle vie respiratorie, l'improvviso contatto con corrosivi;
- gli infortuni conseguenti fenomeni naturali, compresi movimenti tellurici, i maremoti, le frane, le valanghe, le slavine
- gli avvelenamenti o le tossinfezioni cagionati dall'ingestione di cibi, bevande o altre sostanze avariate o adulterate;
- le patologie (escluso il carbonchio e la malaria) derivanti da morsi di animali e punture di insetti;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da azioni delittuose, terroristiche, vandaliche, tumulti popolari, le sommesse, le azioni di dirottamento o pirateria a condizione che la persona associata non vi abbia volontariamente preso parte attiva;
- l'exeresi chirurgica di neoformazioni, esclusivamente quale intervento terapeutico;
- la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con i laser eccimeri limitatamente a quelli effettuati:
 - in caso di anisometropia superiore a 3 diottrie;
 - in caso di deficit visivo pari o superiore alle 5 diottrie per ciascun occhio.

Sezione 6 - Delimitazioni Del Sussidio - Casi Di Non Operatività Del Piano

Il Sussidio non è operante per:

- 1) la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- 2) le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio;
- 3) la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri nonché l'exeresi chirurgica di neoformazioni non rientranti nelle voci definite nelle garanzie "comprese";
- 4) le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica (come indicato nel punto A);
- 5) le prestazioni non corredate dall'indicazione sulla diagnosi;
- 6) la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports aerei e motoristici in genere;
- 7) i trattamenti psicoterapici;
- 8) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/ o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- 9) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 10) tutte le procedure, accertamenti e interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita;
- 11) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (salvo quanto indicato per la garanzia Diagnostica Preventiva);
- 12) Le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- 13) Ogni conseguenza di anoressia e bulimia;

14) Lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Sezione 7 - Estensione Territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

Sezione 8 - Limiti Di Età

Non possono sottoscrivere il presente Sussidio le persone di età superiore ad 80 anni.

Sezione 9 - Persone Non Associabili

Non possono sottoscrivere il presente Sussidio, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità del Sussidio, lo stesso cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dall'Articolo "Delimitazioni Del Sussidio - Casi di non Operatività del Piano".

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DI UN SINISTRO

Sezione 10 - Denuncia e Liquidazione Dei Sinistri

La presentazione della denuncia con relativa prescrizione medica e documentazione di spesa implica contestualmente la chiusura del sinistro. Pertanto, l'invio di ulteriore documentazione dopo che è stata presentata la denuncia equivale a tutti gli effetti ad apertura di un nuovo sinistro. Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo Associato e ad un solo evento patologico.

Qualora l'Associato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fatture relative al suddetto rimborso. Nel caso sopra citato la presente polizza opererà in via integrativa, e quindi il rimborso avverrà al 100% a fronte della parte di spesa rimasta eventualmente scoperta dopo la conclusione della pratica di rimborso prioritariamente richiesta ad altro Fondo o Ente, fino alla concorrenza del massimale previsto dalle specifiche garanzie della presente polizza.

10.1. PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

L'Associato, per effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni, dovrà accedere alla propria Area Riservata del sito www.blueassistance.it, **almeno 3 (tre) giorni lavorativi prima della prestazione.**

L'Associato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve selezionare:

- l'Associato per cui si richiede la prestazione;
- la tipologia di prestazione richiesta;
- la data della prestazione;
- la struttura presso la quale verrà effettuata la prestazione.

Completata la sezione dati, l'Associato deve allegare la prescrizione medica riportante la prestazione da effettuare, la diagnosi/quesito diagnostico e l'eventuale documentazione integrativa utile per la valutazione della prestazione. Una volta confermati ed inviati i dati inseriti tramite l'apposito pulsante, il sistema invierà la richiesta di attivazione a Blue Assistance. Blue Assistance fornirà all'Associato una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 48 ore prima della prestazione.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, l'Associato si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione", che costituisce la prima denuncia del sinistro.

Al momento della dimissione l'Associato deve sostenere in proprio le eventuali spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).

Blue Assistance provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; Blue Assistance curerà in seguito la restituzione all'Associato della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione. Gli Associati riconoscono espressamente che Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto, prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti. Blue Assistance è comunque a completa disposizione degli Associati per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

Resta inteso che:

- nel caso in cui Blue Assistance non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Associato deve sostenere in proprio le relative spese, la cui rimborsabilità sarà valutata a posteriori da Blue Assistance;
- rimane in ogni caso a carico dell'Associato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa;
- l'Associato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance, delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;
- qualora il sinistro risultasse non indennizzabile, l'Associato si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto da Reale Mutua;

In alternativa alla modalità sopra descritta, prima di accedere alla struttura sanitaria l'Associato può telefonare - con un preavviso di almeno 3 (tre) giorni lavorativi, elevati a 5 (cinque) giorni lavorativi se all'Estero, prima della data della prestazione a Blue Assistance ai seguenti numeri telefonici:

DALL'ITALIA
800.092.092

DALL'ESTERO
+39 011 74 25 555

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è **essenziale - al fine di ottenere la prestazione in forma diretta - che l'Associato acceda alle strutture sanitarie e ai medici chirurghi convenzionati esclusivamente per il tramite di Blue Assistance, in mancanza del quale il servizio non è operante**. Blue Assistance è a disposizione degli Associati.

10.2. RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE UPLOAD

L'Associato potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Associato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it.

PRESTAZIONI A RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Associato, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

- documentazione medica;
- prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile;
- documentazione di spesa quietanzata (fatture, notule, ricevute) fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge;
- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

- relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;
- certificato del medico oculista o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti. Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione di prime lenti e che necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.2.97 n. 46;
- copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.);
- quant'altro necessario ai fini della corretta valutazione della pratica di rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

10.3. RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE TRASMISSIONE CARTACEA

In alternativa alla procedura sopra descritta, qualora l'Associato non disponga di un accesso a internet, è possibile spedire i suddetti documenti in formato cartaceo presso Blue Assistance al seguente indirizzo: via Santa Maria, 11 - 10122 Torino.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

La diagnosi della patologia deve essere sempre fornita, pena la decadenza del diritto all'indennizzo.

Ricevuta la documentazione completa di cui sopra (medica e di spesa), Blue Assistance provvede al rimborso delle spese indennizzabili a termini di Sussidio entro il termine di 30 giorni.

Rimane in ogni caso a carico dell'Associato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa.

Qualora il presente Sussidio sia stato attivato in forma a primo rischio e l'Associato ottenga, per il tramite di altra copertura assicurativa, il rimborso delle spese sostenute, Reale Mutua garantisce il rimborso dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico, purché indennizzabile a termini di Sussidio, nell'ambito del massimale al 100% (non verranno applicati scoperti/franchigie). A tal fine l'Associato deve inoltrare a Blue Assistance la denuncia corredata dalla documentazione medica e di spesa con evidenza degli importi già erogati da altro Ente in favore dell'Associato.

10.4. OBBLIGHI DELL'ASSOCIATO

L'Associato deve inoltre:

- sottoporsi, anche in fase di ricovero, a eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o suoi incaricati, fornendo ogni informazione che la stessa ritenga necessaria;
- sciogliere dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato.
- Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Associato titolare della copertura, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Mutua e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto per richiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'Associato;
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'Associato è deceduto senza

lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;

- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Mutua alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno del presente Sussidio.

10.5. CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi ed essendo questi delegati da Aequa Salute a Reale Mutua, si potrà procedere, su accordo diretto tra l'Associato e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

- a) mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Associato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le parti;
- b) mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione prevista dal precedente alinea, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio sono designati dalle parti stesse e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Associato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

10.6. COMMISSIONE DI GARANZIA

Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino, e-mail: commissione.garanziaassicurato@realemutua.it.

La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati (anche gli Associati ad Aequa sottoscrittori del presente Sussidio) nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Associato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le Società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni. Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.realemutua.it.

10.7. COMMISSIONE DI GARANZIA

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" – Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: buongiornoareale@realemutua.it. La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano. Reale Mutua è tenuta a rispondere entro 45 giorni. In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

Allegato 1: Scheda Riepilogativa

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

AREA OSPEDALIERA	
A) RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO	
Ricovero Massimale Condizioni: In rete Fuori rete Pre/Post Limite Retta Degenza Minimo giorni per ricovero senza intervento	€ 200.000 anno/persona Scoperto 20% minimo € 1.500 scoperto 30% minimo € 2.500 90/90 Compresi nei post i trattamenti fisioterapici riabilitativi entro i 150 giorni per ricovero con intervento chirurgico ricovero >= 8 giorni 100% 4
Day Hospital Condizioni: In rete Fuori rete Limite Retta Degenza Pre/Post	Scoperto 20% minimo € 1.500 scoperto 30% minimo € 2.500 100% Non previste
Limite Accompagnatore	In Italia: € 78/gg max 30 giorni All'Estero: € 130/gg max 30giorni
Trasporto	€ 550 con ambulanza, € 1.100 con altri mezzi sanitariamente attrezzati
Acquisto apparecchi protesici/terapeutici	scoperto 20% max € 1.100
Interventi per Correzione Vizi di Rifrazione Condizioni: In rete Fuori rete	€ 1.000 per occhio Max € 1.000 per occhio Max € 1.000 per occhio
B) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE(SSN) – Trasformabilità della Prestazione	
Indennità Sostitutiva/TICKET	€ 80 al giorno per max 60 gg. per ricovero Per ricoveri senza intervento franchigia 3 giorni

AREA EXTRAOSPEDALIERA	
C) PRESTAZIONI DOMICILIARI O AMBULATORIALI	
Visite ed esami Lenti (anche a contatto) Ticket	Massimale Condizioni: In rete Fuori rete Sub-massimale Condizioni: In rete Fuori rete
	€ 2.200 anno/persona scoperto 20% min € 55 per evento scoperto 20% min € 55 per evento € 250 elevabile ad € 600 in casi particolari scoperto 20% min € 36 per evento scoperto 20% min € 36 per evento al 100%
D) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
Cure dentarie Implantologia Ortognatodonzia Condizioni: Ticket	Massimale Sub-Massimale in rete Sub-massimale fuori rete Sub-Massimale Sub-Massimale In rete Fuori rete <u>Cure di prevenzione</u>
	Da tariffario € 2.200 condiviso con C €1.700 anno/persona €1.350 anno/persona (sotto limite di € 1.700) € 800 anno/persona (sotto limite di € 1.700/€ 1.350) € 700 anno/persona condiviso con C Scoperto 25% minimo € 100 Scoperto 40% minimo € 200 <u>100%</u> al 100%
E) PREVENZIONE	
Diagnostica preventiva Ticket	€ 120 anno/persona al 100%
PRESTAZIONI ONCOLOGICHE	
F) Terapie oncologiche / cardiologiche (solo con intervento) Condizioni Ticket G) Indennità oncologica sotto i 60 anni	€ 5.000 anno/persona Scoperto 20% per evento Al 100% entro il relativo massimale € 1.000

PERSONE SUSSIDIABILI:

Familiari fiscalmente non a carico (coniuge o more uxorio o figli) degli Associati a Cassa IOL

CONTRIBUTO ANNUO PER PERSONA (ogni Associato versa inoltre la Quota Associativa Aequa di € 10,00/anno):

- Fino a 75 anni (compiuti): € 3.040,00

- Da 76 anni a 80 anni (compiuti): € 3.154,00

(valori che comprendono la quota associativa agevolata di € 10,00 per sussidio)

Allegato 2

LIVELLI DI INDENNIZZO DELLE PRESTAZIONI DENTARIE

TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI

Descrizione prestazione	IN RETE		FUORI RETE
	%	Costo (1) max Assistito	%
PREVENZIONE			
1	100%	-	60%
2		-	
3		-	
4		-	
5		-	
6		-	
7		-	
CONSERVATIVA			
8.	75%	€ 13,00	60%
9.		€ 16,00	
10		€ 5,00	
11		€ 6,00	
12		€ 22,00	
CHIRURGIA			
13	75%	€ 10,00	60%
14		€ 18,00	
15		€ 26,00	
16		€ 36,00	
17		€ 22,00	
18		€ 36,00	
19		€ 14,00	
20		€ 20,00	
21		€ 15,00	
22		€ 18,00	
23		€ 25,00	

RADIOLOGIA				
24	Ortopantomografia di una od entrambe le arcate dentarie (OPT)	75%	€ 6,00	60%
25	Fotografia o immagine video endorale (in alternativa ad OPT o RXendorale)		€ 1,00	
26	Rx tele cranio antero-posteriore o laterale del cranio e delle ossa Facciali		€ 7,00	
PARODONTOLOGIA				
27	Scaling e root planing, per emiarcata	75%	€ 13,00	60%
28	Lembo gengivale semplice (scaling e root planing a cielo aperto) compreso qualsiasi tipo di lembo e relativa sutura, per emiarcata		€ 36,00	
29	Lembo muco gengivale con riposizionamento apicale – courettage acielo aperto, per emiarcata		€ 40,00	
30	Gengivectomia, per dente (max 5 denti, oltre considerata emiarcata)		€ 6,00	
31	Gengivectomia, per emiarcata		€ 35,00	
32	Legature dentali extracoronali – splintaggio, per emiarcata		€ 26,00	
33	Rizectomia – per elemento dentario indipendentemente dal numero diradiciestratte (incluso lembo osseo)		€ 20,00	
34	Intervento di chirurgia ossea (resettiva o allungamento di corona clinicaorigenerativa) per emiarcata (trattamento completo, incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)		€ 56,00	
35	Utilizzo di materiali biocompatibili, per emiarcata (trattamento completo incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)	€ 40,00		
ENDODONZIA				
36	Terapia endodontica radicolare monocanalare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica	75%	€ 18,00	60%
37	Terapia endodontica radicolare bicanalare per elemento, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica		€ 30,00	
38	Terapia endodontica radicolare tricanalare o più di 3 canali radicolare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica		€ 40,00	
39	Ritrattamento endodontico (per elemento) comprensivo dell'otturazione della cavità di accesso, ricostruzione coronale pre-endodontica e radiografie intraorali		€ 20,00	
40	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) parziale o totale e otturazione della camera pulpare, qualsiasi numero di canali		€ 14,00	
PROTESI				
41	Protesi totale definitiva in resina o ceramica, per arcata	75%	€ 170,00	60%
42	Protesi totale immediata, per arcata		€ 140,00	
43	Protesi parziale definitiva in resina o ceramica compresi ganci ed elementi dentari, per emiarcata		€ 80,00	
44	Struttura parziale rimovibile provvisoria di qualsiasi tipo completa di ganci ed elementi dentari, per elemento		€ 56,00	
45	Scheletrato in lega di qualsiasi tipo completa di elementi dentari, per arcata		€ 160,00	
46	Gancio su scheletrato		€ 8,00	
47	Attacco di precisione in qualsiasi tipo di lega o controfresaggi in lega preziosa o coppette radicolari, per elemento		€ 30,00	
48	Riparazione protesi		€ 12,00	

49	Aggiunta di elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato		€ 11,00	
50	Ribasamento definitiva protesi totale (tecnica diretta o indiretta), per arcata		€ 30,00	
51	Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo elemento/pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte		€ 9,00	
52	Ricostruzione moncone protesico, per elemento (qualsiasi materiale)		€ 28,00	
53	Intarsi in qualsiasi materiale (anche prezioso) inlay-onlay-overlay per elemento (compreso provvisorio)		€ 56,00	
54	Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata		€ 12,00	
55	Elemento in resina provvisorio rinforzato (qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato), per elemento	75%	€ 16,00	60%
56	Corona protesica in L.N.P. e ceramica o L.P. e faccetta in resina anche fresata o metallo composito, per elemento		€ 80,00	
57	Corona in L.P. e ceramica o metal free o AGC e porcellana, per elemento		€ 120,00	
58	Elemento a giacca in resina - per elemento definitivo		€ 48,00	
59	Perno moncone con perno in L.P o L.N.P. o ceramico o in fibra di carbonio, per elemento		€ 36,00	
60	Riparazione di faccette in resina o ceramica (e similari)		€ 7,00	
GNATOLOGIA				
61	Molaggio selettivo parziale o totale (max. 1 seduta)	75%	€ 18,00	60%
62	Bite plane o orto bite o bite garde		€ 60,00	
ORTOGNATODONZIA				
63	Visita ortodontica comprensiva di rilievo per impronte per modelli di studio		€ -	
64	Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno, compreso esame cefalometrico. Non si somma alla terapia ortodontica con apparecchiature rimovibili.	75% fino a 700€/anno	€ 200,00	60% fino a 700€/anno
65	Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno, compreso esame cefalometrico. Non si somma alla terapia ortodontica con apparecchiature fisse.		€ 140,00	
66	Terapia ortodontica di mantenimento per contenzione fissa o mobile indipendentemente dal numero di arcate (max. 1 volta all'anno)		€ 60,00	
IMPLANTOLOGIA				
67	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)		€ 200,00	
68	Intervento per aumento verticale e/o orizzontale del processo alveolare residuo con innesto di osso autologo nel seno mascellare (prelievo intraorale) e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile, o intervento per ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta mandibolare o mascellare con innesto di osso autologo e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile o apertura del seno mascellare per complicanze post estrattive, per presenza di corpo estraneo, ecc - per emiarcata	75% fino 800€/anno	€ 140,00	60% fino 800€/anno
	Ribasatura protesi totale superiore (inferiore) - tecnica diretta	75%	€ 24,00	60%
	Corona protesica in ceramica integrale	75%	€ 120,00	60%

Massimale Annuo*** di cui	€ 1.700 per Associato
Massimale annuo per prestazioni FUORI RETE	€ 1.350 € per Associato
Massimale annuo Implantologia	€ 800 per Associato
Massimale annuo Ortodonzia***	€ 700 per Associato

PRESTAZIONI NON COPERTE (ESTETICA)

69	Trattamento sbiancante esterno, per ogni dente (max. 7 denti, oltre considerata arcata)	/	€ 5,00	Non Applicabile
70	Trattamento sbiancante esterno, per arcata	/	€ 35,00	Non Applicabile
71	Trattamento sbiancante interno, per arcata (at home bleaching)	/	€ 200,00	Non Applicabile
72	Trattamento sbiancante interno, per arcata (in office bleaching, con o senza attivazione)	/	€ 250,00	Non Applicabile

(1) Il costo delle prestazioni a carico dell'assicurato in rete si riferisce all'importo risultante dopo la detrazione dello scoperto e del minimo non indennizzabile, eccetto per le prestazioni di prevenzione ove non è prevista alcuna franchigia. Inoltre, non tiene conto dei massimali e sotto massimali previsti in caso di fruizione di più prestazioni.

*In rete	Gli scoperti e le franchigie non vengono applicate alle cure di Prevenzione. È previsto uno scoperto del 25% con minimo €100 per evento. Tutte le prestazioni prevedono una tariffa scontata convenzionata a rimborso diretto.
** Fuori Rete	È previsto uno scoperto del 40% con un minimo di 200 € per evento.
*** Massimale Annuo	Massimali intesi come sotto limiti del Massimale annuo di € 2.200 previsto dalla garanzia 3 "Prestazioni domiciliari o ambulatoriali a seguito di infortunio o malattia.
Estetica	Non è previsto l'intervento del Sussidio per prestazioni di natura estetica.
