



Regolamento del
Sussidio
“COOPERANDO
GM 4”

Il Presente Sussidio è da considerarsi parte integrante del Regolamento attuativo dello Statuto della General Mutua e soggetto a contributo aggiuntivo.

Indice	Pagina
Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il sussidio	4
Sezione 3: Norme relative a tutte le garanzie	7
Sezione 4.1: Garanzie ospedaliere	9
Sezione 4.2: Garanzie extraospedaliere	11
Sezione 4.3: Garanzie Prevenzione	12
Sezione 5: Norme relative ai servizi aggiuntivi della Centrale Salute	13

Sezione 1: Definizioni

Associato: la persona fisica, dipendente delle Società Cooperative (fatta eccezione per le Società Cooperative “sociali”) iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Cartella Clinica: Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

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.

Centrale Salute: gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di rimborso e delle prese in carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Assistenti per l'accesso alle prestazioni e ai servizi.

Centro Convenzionato: Istituti di Cura e Centri Diagnostici Convenzionati con General Mutua, che fornisce le sue prestazioni agli Associati.

Ciclo di cura: insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia/infortunio, contestualmente prescritti dal medico e presentati alla General Mutua in una unica richiesta di rimborso.

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.

Day hospital: la degenza in istituto di cura che non comporti il pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

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

Emergenza: il verificarsi di un evento improvviso e imprevedibile che necessiti di una decisione e un intervento urgente.

Gessatura: l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimuovibile unicamente da personale medico o paramedico, limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

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

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 (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento) e che abbiano dato luogo ad un ricovero per un periodo non inferiore a 48 ore.

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

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

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

Malformazione: la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Manifestazione: epoca in cui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi della stessa.

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

Mutua: la Società Generale di Mutuo General Mutua (ora innanzi anche **General Mutua**).

Pratica: l'insieme di tutti i documenti relativi all'evento per il quale è erogato il sussidio nei termini del presente Regolamento.

Premorienza: evento morte che avviene prima di quella di un'altra persona o prima di un dato termine.

Presenza in Carico: documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Associato e previa valutazione dell'operatività di quanto previsto nel presente Sussidio, invia ai Centri convenzionati per l'accesso alle prestazioni forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal regolamento del sussidio.

Quote di spesa a carico dell'Associato: importi di spesa che rimangono a carico dell'Associato espressi in percentuale e/o in quota fissa.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici. Il day hospital, le cure ed i trattamenti anche chirurgici, ambulatoriali, le visite ambulatoriali anche se in Istituto di Cura, non sono considerati ricovero.

Rimborso: la somma dovuta dalla Mutua all'Associato in caso di evento rimborsabile.

Visita specialistica: la visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Sezione 2: Norme Generali che regolano il Sussidio

Art. 1 - Persone Associate

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore dell'Associato, dipendente della Società Cooperativa (fatta eccezione per le Società cooperative "sociali") e nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale lo stesso ha aderito al presente Regolamento aggiuntivo.

Art. 2 - Nucleo Familiare

Il Sussidio è valido per l'Associato nominativamente indicato nel modulo di adesione e, nei casi in cui ciò sia stato espressamente previsto in fase di adesione al Sussidio, per i suoi famigliari identificati al momento della sottoscrizione, per le garanzie che prevedano benefici per gli stessi. Indicando i nominativi dei propri famigliari, l'Associato autocertifica il rispetto dei requisiti degli stessi per beneficiare degli eventuali Sussidi/servizi. E' altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del nucleo familiare in corso di validità del Sussidio.

Per nucleo si intendono, oltre al Titolare del Sussidio, il coniuge 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 il titolare del Sussidio 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).

E' equiparato al convivente more uxorio anche il convivente dello stesso sesso dell'Associato 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 convivono stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale.

Art. 3 - Variazioni del nucleo familiare in corso di anno: inclusione/esclusione assistiti

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare (v. precedente Art. 2 – Nucleo Familiare), l'Associato deve comunicare

immediatamente le variazioni del proprio stato familiare alla MBA in forma scritta, entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione (es. nascita, matrimonio).

Se non diversamente comunicato dalla MBA, e fermo restando il pagamento dell'eventuale contributo dovuto, l'inclusione dei nuovi assistiti nel Sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del sussidio stesso.

Resta inteso che, per i nuovi Assistiti, ai fini dell'applicazione dei "Termini di aspettativa" di cui all'art. 13 e delle "Esclusioni" di cui all'art. 14 verrà considerato il giorno della relativa inclusione.

Art. 4 - Durata del sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di un anno decorrenti dal giorno di cui all'art. 7. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, ricevuta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, il Sussidio Sanitario s'intenderà rinnovato, di anno in anno, a fronte del relativo pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste.

Art. 5 Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Associato al momento della domanda di ammissione o successivamente, ai fini di ottenere il rimborso delle spese, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di evento rimborsabile.

Art. 6 - Prestazioni per conto altrui

Se il presente Sussidio è stipulato per conto altrui, gli obblighi che derivano dal regolamento devono essere adempiuti dal titolare, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte delle persone garantite.

Art. 7 - Pagamento del contributo e decorrenza del sussidio

Il sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dalla ratifica indicato ovvero dalle ore 24:00 del giorno di iscrizione al libro dei soci, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento, se successivo a tale data.

Se l'Associato 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, ferme le successive scadenze.

Art. 8 - Comunicazioni e modifiche

Le eventuali comunicazioni inerenti il rapporto associativo (o eventuali variazioni, integrazioni al presente Sussidio sanitario) avverranno nelle modalità indicate e concordate, al momento della adesione al Sussidio (Domanda di Adesione).

Art. 9 - Massimali

Tutti i massimali menzionati nel presente Sussidio, nonché gli eventuali sub-massimali relativi a specifiche prestazioni o garanzie, sono da intendersi per anno di validità del Sussidio salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie. Inoltre ogni massimale o sub-massimale indicato è da intendersi unico e complessivo per tutti gli eventuali componenti del Nucleo Familiare, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

Art. 10 – Applicazione delle Quote di spesa a carico dell'Associato

Le spese relative alle prestazioni garantite nel presente Sussidio Sanitario, sono sostenute da General Mutua (in forma diretta e/o indiretta) con l'applicazione di una quota di spesa che resta a carico dell'Associato (ove previsto nelle specifiche garanzie).

La quota di spesa a carico (fissa o in percentuale) è applicata secondo i seguenti criteri:

- a) in caso di singole prestazioni, si applicherà un'unica quota di spesa a carico per la spesa relativa alla prestazione effettuata.
- b) in caso di ciclo di cura (v. definizione), la quota di spesa a carico è da intendersi applicata per l'insieme delle prestazioni relative al ciclo di cura;
- c) in caso di prestazioni legate al medesimo evento (v. definizione), si applicherà un'unica quota di spesa a carico per l'insieme delle prestazioni effettuate entro e non oltre 60 giorni dall'evento; successivamente, verrà calcolata una seconda quota di spesa a carico per ogni prestazione (vedi lett. a) o per un ulteriore ciclo di cura ove ne ricorrano i presupposti;
- d) in entrambi i casi di cui alle lettere b) e c), qualora le prestazioni rientrino in differenti massimali (es. massimale per alta diagnostica e massimale per visite specialistiche), verrà applicata una quota di spesa a carico per tutte le prestazioni rientranti nel relativo massimale;
- e) in ogni caso, per l'applicazione di una sola quota di spesa, è necessario che l'Associato presenti, in un'unica richiesta, la documentazione; ove ciò non sia possibile, dovrà fornire evidenza scritta della riconducibilità delle prestazioni ad uno dei casi indicati alle lett. b) e c). Se le richieste (di rimborso o di autorizzazione in forma diretta), vengano invece presentate singolarmente ed in momenti diversi, verrà applicata in ogni caso una quota di spesa a carico per ogni singola prestazione.

Art. 11 – Risoluzione delle Controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e la Mutuo Soccorso, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente Sussidio, prima

di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno un tentativo di conciliazione. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Bologna.

Art.12 - Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto della General Mutua ed il Regolamento applicativo dello Statuto in vigore.

Sezione 3: Norme relative a tutte le Garanzie (salvo non sia espressamente derogato)

Art. 13 – Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 7 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le garanzie decorreranno:

- per gli infortuni e l'aborto post-traumatico, dalle ore 24 del giorno di effetto del Sussidio;
- per le malattie ammesse dopo il 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio;
- per il parto dal 270° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio;
- per le malattie dipendenti da gravidanza: dal 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto del Sussidio stesso.

Art. 14 – Esclusioni

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

- le prestazioni conseguenti ad infortuni avvenuti anteriormente alla data di adesione al presente Sussidio;

- Le prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di adesione al presente Sussidio. Tale esclusione non opera trascorsi tre anni di adesione ininterrotta alla General Mutua;
- Le prestazioni conseguenti ad infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso
- le prestazioni relative a cure odontoiatriche e ortodontiche, salvo specifiche deroghe previste Sussidio, ovvero che non siano conseguenza di infortunio odontoiatrico documentato da referto di Pronto Soccorso e che abbiano dato luogo ad un ricovero di durata non inferiore a 48 ore.
- le prestazioni di routine e/o controllo nonché i vaccini.
- le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio.
- le prestazioni finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni preesistenti alla data di adesione al sussidio, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato i 5 anni.
- le prestazioni relative a malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche.
- le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio indennizzabile, purché effettuate nel 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del sussidio.
- le prestazioni, le terapie e le cure 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.
- i farmaci non riconosciuti dalla farmacia ufficiale.
 - le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la medesima prestazione erogata.
 - le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale, fatta eccezione per quanto espressamente previsto nelle singole garanzie.
 - l'aborto volontario non terapeutico.
 - i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Assistito.
 - le prestazioni conseguenti a reati o azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell' Associato stesso.
 - gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico.
 - infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza.
 - le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico.
- gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'assistito attività professionale.
 - le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici.
 - le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici.
 - i ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento, fatta eccezione per le garanzie che prevedono l'erogazione delle prestazioni di cui sopra, fermi restando i limiti di rimborso eventualmente previsti.

Art. 15 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con la General Mutua più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la migliore prestazione (rimborso delle spese, erogazione di indennità o indennizzo) dovuto per il Sussidio più favorevole.

Art. 16 - Limiti territoriali

Le garanzie, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie.

Nel caso di spese effettuate all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

SEZIONE 4.1.: GARANZIE OSPEDALIERE

4.1.1. Ricoveri con/senza interventi chirurgici

La General Mutua in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risultino compresi nei termini del presente Regolamento, provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico:

A) nei 90 giorni precedenti il ricovero:

- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche;

B) durante il ricovero:

- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista;
- diritti di sala operatoria e materiali d'intervento (ivi compresi apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento);
- medicinali ed esami;
- assistenza medica ed infermieristica;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- retta di degenza.

C) nei 90 giorni successivi il ricovero:

- esami diagnostici e visite specialistiche;
- prestazioni mediche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- medicinali con prescrizione medica;
- cure termali (fatta eccezione per le spese alberghiere)
- assistenza infermieristica domiciliare nei limiti del massimale giornaliero pari ad € 26,00 per un massimo di 40 giorni l'anno.

Nel caso in cui le prestazioni di cui al presente art. 4.1.1., vengano effettuate in una struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, non si applicherà nessuna quota di spesa a carico dell'Associato (fermo restando il massimale annuo di cui al punto 4.1.4.).

Nel caso in cui, invece, le prestazioni di cui al presente art. 4.1.1. vengano effettuate in una struttura non convenzionata con la Centrale Salute, la General Mutua provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Associato con applicazione di una **quota di spesa a suo carico del 10% con un minimo non rimborsabile di € 1.000,00 ed un massimo non rimborsabile di € 2.500,00 per ogni evento.**

Qualora, infine, le prestazioni suddette vengano effettuate in una struttura sanitaria convenzionata, ma da medici non convenzionati:

- per le prestazioni e spese relative alla struttura sanitaria convenzionata, si applicheranno le modalità di rimborso su indicate per le prestazioni rese in forma convenzionata;
- per le prestazioni e spese relative ai medici non convenzionati, si applicheranno le modalità di rimborso su indicate per le prestazioni rese in forma non convenzionata.

4.1.2. Altri Interventi Chirurgici compresi

Sono inoltre incluse le seguenti prestazioni o interventi, nei limiti dei sub-massimali di seguito indicati, e senza applicazione di quote di spesa a carico dell'associato, sia se resi presso strutture convenzionate che presso strutture non convenzionate:

- Parto Naturale, fino ad un sub-massimale complessivo per annualità di euro **2.000,00** (è escluso il rimborso delle spese di cui all'art. 4.1.1. lettere A) e C);
- Parto Cesareo e aborto terapeutico, fino ad un sub-massimale complessivo per annualità di euro **4.000,00** (è escluso il rimborso delle spese di cui al precedente art. 4.1.1. lettere A) e C);
- Interventi ambulatoriali fino ad un limite di euro **1.000,00** per annualità (ivi comprese le spese di cui al precedente art. 4.1.1. lettere A) e C);
- Day Hospital con/senza intervento chirurgico, nei limiti del massimale annuo di cui all'art. 4.1.4.;
- Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri, con un sub-massimale di euro **1.000,00** per occhio per annualità, limitatamente a quelli effettuati in caso di anisometropia superiore a tre diottrie e/o in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio.

4.1.3. INDENNITA' SOSTITUTIVA

Nel caso in cui l'Associato effettui un ricovero con o senza intervento presso il SSN oppure presso strutture private senza presentare per quest'ultima richiesta di rimborso a carico del presente sussidio, la Mutua provvederà al versamento di una **somma giornaliera massima di € 200,00 per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 180 giorni per annualità.**

Il rimborso dovuto nei termini di quanto sopra, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità Sostitutiva si intenderà escluso il rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al ricovero (e di cui alle lettere A) e B) dell'art. 4.1.1.) eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo ricovero.

4.1.4. Massimale annuo

Il **garantito massimale annuo erogabile di sussidi per il complesso degli eventi e prestazioni indicati dal punto 4.1.1. al punto 4.1.3. è pari alla somma complessiva di € 150.000,00 per Nucleo Familiare.**

SEZIONE 4.2.: GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

4.2.1. Alta Diagnostica

La Mutua, in caso di malattia o di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale:

- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Chemioterapia
- Cistografia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Dialisi
- Diagnostica radiologica
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolor Doppler (Doppler, ecodoppler e color Doppler)
- Ecografia
- EGDS (esofago scopia + gastroscopia + duodenoscopia)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Flebografia
- Gastroscopia
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Telecuore
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Urografia

Le prestazioni non espressamente indicate nel sussidio non sono coperte dalla presente garanzia.

La General Mutua provvederà al rimborso delle spese sostenute per le prestazioni di alta diagnostica con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato del 20% con un minimo non rimborsabile di € 50,00 per evento sia se effettuate presso strutture sanitarie convenzionate che non con la Centrale Salute, fermo restando il massimale annuo di cui al punto 4.2.3.

4.2.2. Ticket Sanitari Alta Diagnostica

Qualora l'Associato decida di effettuare le prestazioni di Alta Diagnostica di cui al precedente art. 4.2.1 ricorrendo al S.S.N., la General Mutua provvede al rimborso del 100% delle spese fronteggiate per i **Ticket Sanitari** nei limiti del massimale annuo di cui al successivo art. 4.2.3.

4.2.3. Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il limite annuo garantito per il complesso delle prestazioni di cui ai precedenti punti 4.2.1. e 4.2.2. è pari alla somma complessiva di **€ 5.000,00**.

4.2.4. Visite Specialistiche ed accertamenti diagnostici

General Mutua, **entro il limite annuo** di seguito indicato, in caso di malattia o di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso delle spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici.

In ogni caso, il rimborso delle spese di cui sopra avverrà con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato del 20% e con un minimo non rimborsabile di € 50,00 per evento sia se effettuate presso strutture sanitarie convenzionate che non con la Centrale Salute, fermo restando il massimale annuo di cui al punto 4.2.6.

Sono escluse dalle spese rimborsabili previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici nonché le visite con finalità dietologica.

4.2.5. Ticket Sanitari Visite Specialistiche ed accertamenti diagnostici

Qualora l'Associato effettui visite specialistiche o accertamenti diagnostici ricorrendo al S.S.N., la General Mutua provvede al rimborso del 100% delle spese per i **ticket sanitari** nei limiti del sub massimale annuo pari ad € 1.200,00, fermo restando il massimale annuo di cui al successivo art. 4.2.6.

4.2.6. Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il limite annuo garantito per il complesso delle visite ed accertamenti di cui ai precedenti punti 4.2.1. e 4.2.2. è pari alla somma complessiva di **€ 2.000,00**.

4.2.7. Lenti ed occhiali

La General Mutua rimborserà le spese necessarie a seguito della modifica del visus provvedendo al rimborso delle spese relative a lenti oculistiche, anche a contatto, entro il **limite massimo annuale di € 200,00 per nucleo familiare**, con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Associato del 25% con un minimo non rimborsabile pari ad € 60,00 per ogni evento.

La Mutua provvederà al rimborso delle spese rese necessarie a seguito di modifica del visus di almeno 0,50 diottrie per entrambi gli occhi e per ogni tipo di difetto refrattivo; in questi casi la MBA provvederà al rimborso delle spese relative a lenti oculistiche anche a contatto (ad esclusione delle “usa e getta”) entro il limite massimo annuale di cui sopra e con applicazione della medesima quota di spesa a carico dell’Associato di cui sopra.

La modifica del visus dovrà essere certificata da medico oculista e le spese relative a tale visita non saranno in nessun caso rimborsate.

SEZIONE 4.3.: PREVENZIONE

4.3.1. HOME TEST

Alla decorrenza di ogni anno di validità del presente sussidio, General Mutua invierà al domicilio dell’Associato titolare del sussidio, **1 (uno)** “Home Test” di prevenzione per l’analisi domestica di alcuni valori utili alla prevenzione della salute.

In caso di Formula Nucleo la General Mutua metterà a disposizione dell’Associato 2 (due) “Home test” di prevenzione.

Il Kit di prevenzione verrà inviato dalla General Mutua selezionando lo stesso a cura del comitato scientifico dell’associazione in base al sesso e all’età dell’associato al momento dell’invio.

Il kit di prevenzione NON É UNO STRUMENTO DIAGNOSI, infatti la diagnosi viene eseguita solo ed esclusivamente dal medico, ma vuole essere un utile primo strumento per valutare la necessità di ulteriori, se necessario, esami/visite di accertamento in base al test eseguito.

I Kit di prevenzione inviati da General Mutua sono test di elevata qualità, sicuri ed affidabili, infatti tutti i test sono di pratico utilizzo e permettono una facile lettura dei risultati e sono adatti a tutti i tipi di utilizzatori, sono certificati da enti terzi notificati e rispettano i requisiti internazionali di specificità e sensibilità. Tutte le indicazioni in merito saranno presenti nel kit stesso.

4.3.2. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Attraverso la Centrale Salute, la Mutua coprirà le spese relative a prestazioni di prevenzione odontoiatrica, quali una visita odontoiatrica e una seduta di detartrasi (ablazione del tartaro) all’anno per il Titolare del Sussidio, previo appuntamento concordato con la Centrale Salute

Le prestazioni potranno essere eseguite solo presso le strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Salute, **ed una sola volta l’anno.**

SEZIONE 5: SERVIZI AGGIUNTIVI DELLA CENTRALE SALUTE

5.1 ASSISTENZA H24

5.1.2. - PRESTAZIONI EROGATE PER L’ASSISTENZA H24

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

5.1.3. 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.

5.1.4. INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Qualora l'Associato necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Centrale Operativa provvede, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, 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'Associato con ambulanza ad un pronto soccorso. Validità territoriale: Italia.

5.1.5. INVIO AMBULANZA (VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA)

Qualora l'Associato, in seguito a infortunio o malattia, necessiti, successivamente al ricovero di primo soccorso, di:

- essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino e idoneo centro ospedaliero;
- essere trasportato dal proprio domicilio o 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, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'autoambulanza, la Centrale Operativa invia direttamente l'autoambulanza tenendo a proprio carico il costo sino a un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

5.1.6. In caso di necessità

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

5.1.7. La Centrale per l'assistenza H24

IL NUMERO DA CONTATTARE PER ATTIVARE I SERVIZI DELL'ASSISTENZA H24 IN CASO DI NECESSITA' E' IL NUMERO VERDE: 800.598.635 , ATTIVO 24 ore su 24, 365gg all'anno, in lingua italiana.

5.1.8. Rischi esclusi per la garanzia Assistenza H24

Per tutte le garanzie esposte nei precedenti Art. 5.1.3 – 5.1.5. (Assistenza H 24) e successivi sotto-articoli, è escluso ogni indennizzo, 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'Associato; 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'Associato.
- 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.
- 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).

5.2 CONVENZIONE CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Associato avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire della convenzione stipulata tra la Centrale Salute e la Società StemWay Biotech Limited con sede italiana a Roma in via Flaminia 338.

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

5.2.1 Crio - conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale.

Gli standard qualitativi utilizzati dalla StemWay Biotech nel testare, processare e preparare i campioni, sono tra i più severi e moderni disponibili. La qualità del processo di separazione delle

cellule dal plasma e la specifica curva di crio-conservazione elaborata dai ricercatori dei loro laboratori sono in grado di offrire la più elevata garanzia di conservazione.

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

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

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

5.2.2 Informazione scientifica.

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

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

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

5.2.3 Consulenza medica.

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

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

Inoltre StemWay BIOTECH si prenderà cura del trasporto dei campioni presso la struttura sanitaria indicata dai Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

Tutte le informazioni per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché la gestione dei relativi rimborsi, così come il Servizio di Assistenza Telefonica sono indicate nell'allegato **manuale operativo** della **General Mutua** e della **Centrale Salute di WINSALUTE S.r.l.**, consultabili nell'Area Riservata del portale della General Mutua.