FONDATA NEL 1828 / Via Corte d'Appello, 11 - 10122 Torino (Italia) / Tel. +39 011 4311111
Fax +39 011 4350966 / realemutua@pec.realemutua.it - www.realemutua.it
Servizio assistenza "Buongiorno Reale": 800 320320 - buongiornoreale@realemutua.it
REALE GROUP

A.S.SO.FA RM.

PIANI ASSICURATIVI PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

PER I QUADRI DELLE AZIENDE ASSOCIATE

Polizza Società Reale Mutua Assicurazione n° 2024/05/3108402

(emessa in sostituzione della polizza 2015/05/2548439)

CONDIZIONI CONTRATTUALI E NORMATIVE

PERIODO 31/12/2023 - 31/12/2024

SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI
REGISTRO IMPRESE TORINO, CODICE FISCALE E N. PARTITA IVA 00875360018 - R.E.A. TORINO N. 9806
ISCRITTA AL NUMERO 1.00001 DELL'ALBO DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE
CAPOGRUPPO DEL GRUPPO ASSICURATIVO REALE MUTUA, ISCRITTO AL NUMERO 006 DELL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI

CONDIZIONI CONTRATTUALI E NORMATIVE

DEFINIZIONI

Le definizioni, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in corsivo.

ASSICURATO
Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA
Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE
Società che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati, provvede alla liquidazione dei sinistri per conto di Reale Mutua ed alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con gli operatori sanitari che ha convenzionato in Italia ed all'estero.

CARENZA – TERMINI DI ASPETTATIVA
Il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione della (o l'ingresso in) assicurazione e l'inizio della garanzia.

DAY HOSPITAL
Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche che richiedono la compilazione della cartella clinica.

FRANCHIGIA – SCOPERTO
Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (franchigia) o in percentuale sull'ammontare del danno (scoperto), che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO
La somma dovuta da Reale Mutua in caso di sinistro.

INFORTUNIO
Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce all'Assicurato corporali obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO
Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre cruente, manuali o strumentali.

ISTITUTO DI CURA
Istituto universitario, Ospedale, Casa di Cura, Day Hospital, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

MALATTIA
Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO
Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza (o dell'ingresso in garanzia).

MASSIMALE
La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, Reale Mutua presta la garanzia.

OPERATORI SANITARI
Le strutture sanitarie (istituto di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico) ed i medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance presso i quali l'Assicurato, previo accordo telefonico con gli stessi, può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal Suo stato di salute, previsti dalla polizza.

PATOLOGIA IN ATTO – PATOLOGIA PREESISTENTE
Alterazione dello stato di salute clinicamente accertata o presente (al momento della decorrenza delle garanzie o preesistente alla stessa) con sintomi avvertibili con la diligenza del buon padre di famiglia. Malattie e sintomi possono risultare sia da dichiarazioni rese nel questionario (se richiesto) sia da dichiarazioni o da documentazione medica anche in data posteriore all'ingresso in assicurazione.

POLIZZA
I documenti che provano l'assicurazione.

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente a Reale Mutua.

RICOVERO
Permanenza in istituto di cura con pernottamento.

SINISTRO
Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

VISITA SPECIALISTICA
Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

CONDIZIONI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

1.1 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZADELL'ASSICURAZIONE

Fermi i termini di carenza eventualmente previsti, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio è stato pagato o dalle ore 24 del giorno di pagamento dello stesso.

1.2 DURATA DEL CONTRATTO

In assenza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione si intende prorogata per un anno e così di seguito.

1.3 PROVA DEL CONTRATTO – VALIDITA' DELLE VARIAZIONI – PERIODO DI ASSICURAZIONE

I documenti di polizza costituiscono la prova delle condizioni che regolano i rapporti fra le Parti. Qualunque variazione dell'assicurazione deve risultare da atto scritto. Il periodo di assicurazione è stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minor durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

1.4 REGOLAZIONE PREMIO

Il premio di polizza é inizialmente determinato sulla base del numero degli Assicurati indicati in allegato. Entro 60 giorni dal termine di ciascun anno assicurativo, Reale Mutua, in base alle comunicazioni del Contraente, provvederà all'emissione dell'appendice di regolazione, computando a debito del Contraente:
l'intero premio annuo per gli ingressi avvenuti nel 1° semestre dell'anno assicurativo;
il 70% del premio annuo per gli ingressi avvenuti nel 2° semestre dell'anno assicurativo.

L'eventuale differenza risultante dalla regolazione deve essere pagata nei 15 giorni successivi alla emissione della relativa appendice.
Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare a Reale Mutua la differenza dovuta, **maggiorata - a titolo di penale - del 50%.**
Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, Reale Mutua è obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti delle somme assicurate ridotte in ugual misura.
Per detti sinistri **Reale Mutua ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato in più del dovuto.** Resta inteso che il premio anticipato per le annualità successive verrà commisurato al premio consuntivo dell'ultima annualità decorsa.

2. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

L'assicurazione è prestata a favore della totalità dei dipendenti aventi la qualifica di "quadri" delle aziende associate ad A.S.SO.FARM. La Contraente si impegna a fornire i dati anagrafici su supporto informatico, impostato secondo un tracciato record concordato con Reale Mutua. Il Contraente si impegna ad assicurare la totalità dei soggetti aventi la qualifica di "quadri"; eventuali inadempienze in merito a tale impegno comporteranno la proporzionale riduzione degli indennizzi. Quanto sopra, fermo restando quanto previsto all'Art. 5.3 che segue.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DELPIANO

3.1 Per prima cosa contattare la centrale operativa di Blue Assistance

Quando uno degli Assicurati ha bisogno di cure mediche o esami, occorre che contatti il più presto possibile la Centrale Operativa al **numero verde gratuito 800-894111**. Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a Sua disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario. Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel piano sanitario, i medici sono a disposizione per aiutare l'Assicurato a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti. Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture). È bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano Sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

3.2 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato. Ma non bisogna dimenticare che in Italia anche il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia. Nel caso in cui l'Assicurato decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche:

- qualora l'Assicurato, in caso di ricovero per grande intervento chirurgico (vedi elenco grandi interventi allegato 1), sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Assicurato;

  Per ottenerne il rimborso, l'Assicurato deve inviare direttamente a BLUE ASSISTANCE (Ufficio Rimborsi – Corso Santa Maria 11, 10122 Torino) la documentazione necessaria (fatture e/o ricevute fiscali).

- Corresponsione in alternativa di un'indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero per grande intervento chirurgico (vedi elenco grandi interventi allegato 1), le cui modalità descriveremo più avanti (par. 4.1.5).

3.3 Prestazioni in strutture convenzionate con BlueAssistance

Blue Assistance, ha predisposto per gli Assicurati un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato. I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire a Blue Assistance, e dunque agli Assicurati. L'Assicurato, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate consegue alcunivantaggi rilevanti:

- non è soggetto ad alcun esborso di denaro poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra Blue Assistance e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili previste alle singole garanzie;
- può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la centrale operativa contattabile mediante il numero verde gratuito 800-894111;
- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui Blue Assistance garantisce i livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

- In caso di ricovero per grande intervento chirurgico (vedi elenco grandi interventi allegato 1) dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).

- All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà Blue Assistance, ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dall'Assicurato).

- Blue Assistance, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con i limiti poc'anzi enunciati e per le garanzie che prevedono l'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate.

- In caso di prestazione extra-ricovero, l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Assicurato dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano Sanitario, o nel caso di garanzie che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione: Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa al numero verde 800-894111, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano

aderito al convenzionamento con Blue Assistance. È sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

3.4 Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'Assicurato la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede anche la facoltà dell'Assicurato di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con Blue Assistance.
Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni. All'atto delle dimissioni l'Assicurato dovrà saldare le fatture e le note spese.
Per ottenerne il rimborso, l'Assicurato deve inviare direttamente a Blue Assistance la documentazione necessaria:

- il modulo di richiesta rimborso - Mod. 5100 MAL, che forma parte integrante del contratto
- una copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero per grande intervento chirurgico;
- la prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base in caso di prestazioni extra-ricovero;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Assicurato stesso avrà fornito. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da Blue Assistance e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato. Blue Assistance provvederà a rimborsare l'Assicurato direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

3.5 Professione intramuraria

Una recente normativa dello Stato prevede la creazione di reparti a pagamento anche negli ospedali pubblici. Se quindi il ricovero per grande intervento chirurgico (vedi elenco grandi interventi allegato 1) in un ospedale pubblico avviene con questa formula, il costo rimane a carico del paziente. Blue Assistance, però, rimborserà le prestazioni con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato con Blue Assistance.
Nei due casi vale quanto previsto ai punti 3.3 e 3.4

PIANO BASE – Premio annuo lordo pro-capite: € 140,00

4 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del piano sanitario per le seguenti prestazioni:

- RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI NELL'ALLEGATO1
- PRESTAZIONI DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE
- PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
- VISITE SPECIALISTICHE

- TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO
- PACCHETTO MATERNITÀ
- PREVENZIONE
- PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI
- SERVIZI DI CONSULENZA

4.1 Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Assicurato venga ricoverato per un grande intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati al successivo allegato 1, può godere delle seguenti prestazioni:

PRE-RICOVERO Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

INTERVENTO CHIRURGICO Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

RETTA DI DEGENZA Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con Blue Assistance, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.

ACCOMPAGNATORE Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con Blue Assistance, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

POST-RICOVERO Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con Blue Assistance.

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente da Blue Assistance, alle strutture convenzionate, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie. In caso di ricovero in strutture non convenzionate con Blue Assistance, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 2.000,00, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Il rimborso avverrà nel limite di un plafond di € 8.000,00 per intervento. Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance.
Diversamente, resta inteso che l'Assicurato dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate. Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata con Blue Assistance, un grande intervento chirurgico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate con Blue Assistance (quindi nella misura dell'80% con l'applicazione del minimo non indennizzabile di € 2.000,00 e con un plafond di € 8.000,00 per intervento). Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, Blue Assistance rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ed esempio le spese per un'eventuale cameretta a pagamento) rimasti a carico dell'Assicurato. In questo caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 4.5).

4.2 Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico

Blue Assistance rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

4.3 Trapianti a seguito di malattia ed infortuni

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, Blue Assistance rimborsa le spese previste ai punti 4.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico" e 4.2 "Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

4.4 Neonati (garanzia donna)

Blue Assistance provvede al pagamento delle spese per grandi interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, nel limite annuo di € 10.000,00 per neonato.

4.5 Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a Blue Assistance, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per i primi 30 giorni di ricovero. Dal 31° giorno di ricovero, l'indennità viene elevata a € 100,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per

ricovero. Come già detto, per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

4.6 Il limite di spese annuo dell'area ricovero

Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a € 250.000 per anno assicurativo e per Assicurato. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

4.7 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri per grandi interventi chirurgici come da Allegato 1

Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero", Blue Assistance, per i grandi interventi chirurgici riportati nell'Allegato 1 e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica dell'Assicurato.
Blue Assistance concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.
Le spese per le prestazioni erogate all'assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente da Blue Assistance nel limite annuo di € 5.000 per persona, con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 2.000 per ogni ciclo di prestazione.

4.8 Servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizio, noleggi ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne.

In caso di ricovero per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'Allegato 1), e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, Blue Assistance, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero" per i casi di intervento previsti dal piano sanitario), mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate, prestazioni di:

- Ospedalizzazione domiciliare;
- Assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica;

tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Assicurato. Blue Assistance concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.
Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture convenzionate con Blue Assistance.

Le spese per le prestazioni erogate all'assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente da Blue Assistance nel limite annuo di € 8.000 per persona, con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 2.000 per ogni ciclo di prestazione.

4.9 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio – ricoveri medici elencati in garanzia

In caso di ricovero senza intervento chirurgico per una delle patologie sottoelencate, avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, Blue Assistance, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Assicurato.

Sono compresi in copertura:

- Fibrosi cistica;
- Ictus;
- Ischemie arterievertebrali;
- Morbo di Parkinson;
- Paralisi;
- Sclerosi multipla;
- Sclerosi laterale amiotrofica(SLA)

Blue Assistance concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.
Le spese per le prestazioni erogate all'assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente da Blue Assistance nel limite annuo di € 5.000 per persona, con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 2.000 per ogni ciclo di prestazione.

4.10 Prestazioni di alta specializzazione (diagnostica e terapia)

- Alta diagnostica di immagine
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Tomografia Assiale Computerizzata(TAC)
- Tomografia ad Emissione di Positroni(PET)
- Medicina Nucleare inVivo
- Diagnostica radiologica tradizionale (solo con contrasto)
- RX di Organo o Apparato con Contrasto
- Clisma opaco semplice e a doppio Contrasto
- Colangiografia
- Colecistografia
- Mammografia
- Scialografia
- Urografia
- Tomografia (Stratigrafia) di Organi o Apparati
- Rx colonna vertebrale totale anche senza mezzo di contrasto
- Terapie
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi
- Diagnostica strumentale
- Elettromiografia
- Elettroencefalogramma
- Esami Contrastografici
- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Colangiografia
- Isterosalpingografia
- Qualsiasi esame Contrastografico in Radiologia Interventistica

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Blue Assistance, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Assicurato di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con Blue Assistance, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di Blue Assistance, è necessario che l'Assicurato alleghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. In questo caso, visto che generalmente l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, è sufficiente inviare, insieme al ticket da rimborsare, la fotocopia dell'impegnativa stessa.

Per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'Assicurato è invitato a raccogliere tutta la documentazione necessaria al rimborso ed inviarla a Blue Assistance non più di 4 volte l'anno.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000,00 per Assicurato.

4.11 Visite specialistiche

Blue Assistance provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato con Blue Assistance, e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Blue Assistance, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Assicurato di € 35,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. In questo caso, visto che generalmente l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, è sufficiente inviare, insieme al ticket da rimborsare, la fotocopia dell'impegnativa stessa. Per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'Assicurato è invitato a raccogliere tutta la documentazione necessaria al rimborso ed inviarla a Blue Assistance non più di 4 volte l'anno.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 700,00 per Assicurato.

4.12 Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti al precedente punto 4.7 "Prestazioni di alta specializzazione", e i ticket sanitari di pronto soccorso. Per quanto riguarda gli accertamenti

diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme al ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'Assicurato è invitato a raccogliere tutta la documentazione necessaria al rimborso ed inviarla a Blue Assistance non più di 4 volte l'anno.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 600,00 per Assicurato.

4.13 Pacchetto maternità

Blue Assistance rimborsa integralmente le ecografie, il test Prenatal Safe e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza. Le prestazioni potranno essere effettuate, in forma rimborsuale, sia nelle strutture non convenzionate che nelle strutture convenzionate con Blue Assistance. Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate verranno concesse tariffe agevolate ed è sempre necessario il preventivo ricorso alla Centrale Operativa.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa cartella clinica, Blue Assistance corrisponderà un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per Assicurato.

4.14 Prevenzione

Blue Assistance provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione(VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesteroloHDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma dibase
- Gamma GT
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale(PTT)
- Tempo di protrombina(PT)
- Urea
- Feci
- Ecotomografia addome superiore (4/5 organi)

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometricocompleto
- Velocità di eritrosedimentazione(VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)

- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesteroloHDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma dibase
- Gamma GT
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale(PTT)
- Tempo di protrombina(PT)
- Urea
- Feci
- Ecotomografia addome superiore (4/5 organi)

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta all'anno (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometricocompleto
- Velocità di eritrosedimentazione(VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesteroloHDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Gamma GT
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale(PTT)
- Tempo di protrombina(PT)
- Urea
- Feci
- Ecotomografia addome superiore (4/5 organi)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- Visita urologica

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni una volta all'anno (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione(VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesteroloHDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)

- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delleurine
- Omocisteina
- Gamma GT
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale(PTT)
- Tempo di protrombina(PT)
- Urea
- Feci
- Ecotomografia addome superiore (4/5 organi)
- Visita ginecologica ePAP-Test
- RX Mammografiabilaterale
- Ecografia mammaria bilaterale
- TEST HPV (Papilloma Virus)

Sindrome Metabolica

La Società provvede al pagamento, una volta ogni sei mesi e senza applicazione di franchigie o scoperti, delle prestazioni sottoelencate, da effettuarsi in unica soluzione in strutture sanitarie convenzionate da Blue Assistance, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione e previa presentazione di certificato medico attestante che l'assicurato si trovi in uno stato di sindrome metabolica non conclamata:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- Trigliceridi

Inoltre, in caso di sindrome metabolica non conclamata, la Società provvederà al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in unica soluzione:

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo)
- Dopplercarotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

4.15 Presidi e ausili mediciortopedici

Blue Assistance rimborsa fino alla concorrenza di € 3.000 per anno assicurativo e per Assicurato - previa applicazione di uno scoperto del 20% che per ogni fattura/ricevuta rimane a carico dell'Assicurato stesso – le spese sostenute per l'acquisto o il noleggio di:

- Apparecchi ortopedici per arto superiore
- Apparecchi ortopedici per arto inferiore
- Ortesi spinali
- Ausili per il sollevamento

4.16 Servizio "Incontra il tuo dentista" (operativa sia per gli assicurati che per i componenti del proprio nucleo familiare come da stato di famiglia)

Reale Mutua tramite Blue Assistance accorda il servizio "Incontra il tuo dentista" per l'accesso e l'utilizzo del proprio Network odontoiatrico e della relativa tariffa di convenzionamento riportata nello specifico nomenclatore tariffario pubblicato sul sito in seguito indicato.

Il servizio oggetto della presente appendice può essere attivato unicamente tramite accesso alla rete web seguendo le

istruzioni operative di seguito riportate.

Per l'utilizzo del network odontoiatrico l'Assicurato deve:

- accedere al sito www.mynet.blue inserendo il codice PIN univoco in suo possesso;
- esclusivamente al primo accesso l'Assicurato inserisce i suoi dati anagrafici;
- l'Assicurato può effettuare la scelta del centro odontoiatrico presso il quale effettuare le cure selezionando dal menu a tendina, la Regione/la Provincia/la Città desiderata;
- cliccando sul pulsante Salva e Stampa il sistema genera il voucher in .pdf che, presentato in forma cartacea presso il centro odontoiatrico, dà diritto alla prestazione che verrà fattura con applicazione della tariffa prevista dal nomenclatore, con costi totalmente a carico dell'Assicurato, il quale provvederà al saldo della fattura senza che essa sia ammessa ad indennizzo da parte di Reale Mutua.

4.17 Servizio "Mister Fisio" (operativa sia per gli assicurati che per i componenti del proprio nucleo familiare come da stato di famiglia)

Reale Mutua tramite Blue Assistance accorda il servizio "Mister Fisio" per l'accesso e l'utilizzo del proprio Network di fisioterapisti e delle relative tariffe di convenzionamento riportate nella scheda di ciascun fisioterapista, come pubblicato sul sito di seguito indicato.

Il servizio oggetto della presente appendice può essere attivato unicamente tramite accesso alla rete web seguendo le istruzioni operative di seguito riportate.

Per l'utilizzo del network fisioterapico l'Assicurato deve:

- accedere al sito www.mynet.blue ed inserendo il codice PIN univoco insuo possesso;
- esclusivamente al primo accesso l'Assicurato inserisce i suoi dati anagrafici;
- l'Assicurato può effettuare la scelta del fisioterapista presso il quale effettuare le cure selezionando dal menu la città ed il raggio chilometrico di ricerca;
- cliccando sul pulsante Salva e Stampa il sistema genera il voucher in .pdf che, presentato in forma cartacea presso il fisioterapista, dà diritto alla prestazione che verrà fattura con applicazione della tariffa convenzionata prevista, con costi totalmente a carico dell'Assicurato il quale provvederà al saldo della fattura senza che essa sia ammessa ad indennizzo da parte di Reale Mutua.

4.18 Servizio "Dr.ssa Diagnosi" (operativa sia per gli assicurati che per i componenti del proprio nucleo familiare come da stato di famiglia)

Reale Mutua tramite Blue Assistance accorda il servizio "Dr.ssa Diagnosi"" per l'accesso e l'utilizzo del proprio Network di cliniche e poliambulatori e delle relative tariffe pubblicate sul sito di seguito indicato.

Il servizio oggetto della presente appendice può essere attivato unicamente tramite accesso alla rete web seguendo le istruzioni operative di seguito riportate.

Per l'utilizzo del network convenzionato l'Assicurato deve:

- accedere al sito www.mynet.blue inserendo il codice PIN univoco in suo possesso;
- esclusivamente al primo accesso l'Assicurato inserisce i suoi dati anagrafici;
- l'Assicurato può effettuare la scelta della clinica o del poliambulatorio presso il quale effettuare le cure selezionando dal menu la città ed il raggio chilometrico di ricerca;
- cliccando sul pulsante Salva e Stampa il sistema genera il voucher in .pdf che, presentato in forma cartacea presso la struttura, dà diritto alla prestazione che verrà fattura con applicazione della tariffa convenzionata prevista, con costi totalmente a carico dell'Assicurato il quale provvederà al saldo della fattura senza che essa sia ammessa ad indennizzo da parte di RealeMutua.

4.19 Si conviene tra le Parti che il piano sanitario si intende integrato con le seguenti garanzie:

A. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Reale Mutua assicura le prestazioni odontoiatriche di seguito riportate, unicamente se effettuate presso i Centri Odontoiatrici convenzionati.

VISITA SPECIALISTICA - IGIENE ORALE

NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI
Prima visita con "Progetto di cure" - preventivo di spesa		Massimo 1 volta l'anno
Detartrasi sopragengivale e/o sottogengivale per entrambe le arcate	Può essere eseguita esclusivamente da odontoiatra o igienista con diploma/laurea	Non ripetibile prima di 1 anno. Non sovrapponibile a scaling eroot planing nello stessoanno

PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE
Prima di accedere alla struttura sanitaria **l'*Assicurato* deve sempre telefonare a *Blue Assistance*** ai seguenti numeri telefonici:

- dall'Italia : Numero Verde 800 - 894111
- dall'estero : Prefisso internazionale +39 - 011 - 7417499

Al fine di ottenere la prestazione l'*Assicurato* deve accedere ai *Centri Odontoiatrici* Convenzionati esclusivamente per il tramite di *Blue Assistance*, in mancanza del quale la garanzia (prestazione) non è operante.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI

Reale Mutua assicura gli accertamenti diagnostici odontoiatrici di seguito riportati, unicamente se effettuati presso i Centri Odontoiatrici convenzionati o presso il Servizio Sanitario Nazionale:

- Ortopantomografia: massimo 2 volte per anno assicurativo, con costo a carico dell'Assicurato di € 15,00 per ogni prestazione se effettuati presso i Centri Odontoiatrici convenzionati o di una franchigia del € 5 se effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Radiografie endorali: massimo 3 pre-cure e 3 post-cure per anno assicurativo e con costo a carico dell'assicurato di € 15,00 per ogni prestazione se effettuati presso i Centri Odontoiatrici convenzionati o di una franchigia del € 5,00 se effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Dentalscan o tomografia volumetrica a fascio conico (una arcata) con costo a carico dell'assicurato di € 15,00 per ogni prestazione se effettuati presso i Centri Odontoiatrici convenzionati o di una franchigia del € 5 se effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Dentalscan o tomografia volumetrica a fascio conico (due arcate) con costo a carico dell'assicurato di € 15,00 per ogni prestazione se effettuati presso i Centri Odontoiatrici convenzionati o di una franchigia del € 5 se effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale.

4.20 RIENTRO SANITARIO

Qualora vi sia la richiesta di trasferire l'Assicurato in una struttura sanitaria prossima alla sua residenza idonea a garantirgli cure specifiche o presso la sua residenza,
Reale Mutua rimborsa le spese per il trasferimento, fino alla concorrenza di € 3.000 per sinistro.

4.21 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero in conseguenza di ricovero indennizzabile a termini di polizza, Reale Mutua rimborsa le spese per il rimpatrio della salma, fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro.

5.0 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE E MEDICI CONVENZIONATI CON BLUEASSISTANCE.

Prima di accedere alla struttura sanitaria l'Assicurato deve sempre telefonare a Blue Assistance ai seguenti numeri telefonici: dall'Italia: Numero Verde 800 - 894111
dall'estero: Prefisso internazionale +39 - 011 - 7417499
Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite di Blue Assistance, in mancanza del quale il servizio non è operante.
Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8.00 alle ore 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria**, l'Assicurato si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione", c**he costituisce la prima denuncia del sinistro.
Al momento della dimissione **l'Assicurato deve sostenere in proprio le 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'Assicurato della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione.
Il Contraente e gli Assicurati 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 del Contraente e degli Assicurati per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

5.1 PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DIRETTO DA PORTALE WEB

L'assicurato, per effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni extra-ricovero per le quali tale modalità è prevista dal contratto, dovrà accedere alla propria Area Riservata del sito www.blueassistance.it, almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione.
L'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve selezionare:

- l'Assicurato 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'Assicurato deve allegare la prescrizione medica 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'Assicurato una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 48 ore prima della prestazione.

5.2 Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario. **Il piano sanitario non è operante per:**

5.2.1 le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici (*) o di malformazioni (**), preesistenti alla stipulazione del contratto salvo quanto previsto al punto 4.4;

5.2.2 la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;

5.2.3 le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo quanto previsto all'art. 4.19 del Piano Base – art. 1 Piano Plus – art. 1 Piano Super Plus);

5.2.4 le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);

5.2.5 le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;

5.2.6 i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

5.2.7 gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

5.2.8 il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;

5.2.9 gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;

5.2.10 gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;

5.2.11 gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;

5.2.12 le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

5.2.13 le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

5.2.14 le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;

(*) Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

(**) Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Assicurati per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

5.3 Persone non assicurabili – limiti di età

L'assicurazione vale permanendo in vigore il rapporto di lavoro con l'Azienda e cessa con la risoluzione, per qualsivoglia motivo, di detto rapporto. Ciò premesso, l'assicurazione cessa al termine dell'annualità assicurativa in cui cessa il rapporto di lavoro medesimo.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di dette infermità e nessun indennizzo é dovuto da Reale Mutua.

5.4 Obblighi dell'assicurato L'Assicurato deve inoltre:

- **sottoporsi, anche in fase di ricovero, ad eventuali accertamenti e controlli medici** disposti da Reale Mutua o suoi incaricati, **fornendo ogni informazione** che la stessa ritenga necessaria;
- sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

5.5. Controversie – arbitrato irrituale

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra le parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti del Collegio saranno 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'Assicurato. 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.

5.6 Data del sinistro

Per "data in cui si è verificato il sinistro" si intende il giorno in cui si è verificato l'intervento chirurgico; per le Prestazioni Extra-ricovero di cui ai punti 4.10, 4.11, 4.12, 4.13 la data della prima prestazione sanitaria erogata.
Reale Mutua effettua, **nei limiti del massimale annuo**, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro, e comunque non oltre 3 mesi dalla scadenza del contratto.

1. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

1.1 Estensione territoriale

Il piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

1.2 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance:
La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura a Blue Assistance che a sinistro gestito, provvederà a restituirla all'Assicurato..
B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance:
La documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Assicurato a Blue Assistance contestualmente alla richiesta di rimborso che la restituirà all'Assicurato a rimborso avvenuto. Nel caso di sinistri non indennizzabili, la documentazione di spesa in originale viene restituita all'Assicurato da Blue Assistance contestualmente alla relativa comunicazione. Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

2. RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE UPLOAD

Oltre alla modalità previste dalle condizioni generali di polizza, l'Assicurato, se in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema dì scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale- La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.
La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

3. RIMBORSO FATTURE E TICKETS

A parziale deroga di quanto stabilito nelle Condizioni di Assicurazioni, si conviene tra le Parti che le richieste di rimborso delle fatture e dei tickets relative alle spese di:

- Prestazioni di Alta Specializzazione (art. 4.10);
- Visite Specialistiche (art.4.11);
- Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso (art. 4.12);

dovranno essere effettuate esclusivamente tramite portale web di Blue Assistance, trasmettendo on-line la documentazione medica e di spesa.
Il rimborso sarà effettuato in unica soluzione per ognuna delle garanzie sopra indicate al termine di ogni trimestre dell'annualità assicurativa (31 Marzo – 30 Giugno – 30 Settembre – 31 Dicembre).

4. STRUTTURE CONVENZIONATE CON REALE MUTUA ASSICURAZIONI ATTRAVERSO BLUE ASSISTANCE

Le case di cura, i centri di analisi e i medici convenzionati sono continuamente in evoluzione. Per questo è indispensabile, pena la decadenza del diritto all'indennizzo, fare sempre riferimento alla centrale operativa per avere la migliore informazione su questo aspetto al numero verde 800-894111. Come previsto al punto 5.1 che precede.

5. CLAUSOLA BROKER

Il presente contratto è affidato in gestione alla Spett.le ETICA BROKER SRL di conseguenza tutti i rapporti, comunicazioni e dichiarazioni inerenti a questa polizza saranno svolti dall'Assicurato per il tramite della ETICA BROKER SRL la quale tratterà con la Compagnia Delegataria e, qualora la polizza sia in coassicurazione, informerà le Compagnie Coassicuratrici. La ETICA BROKER SRL è altresì autorizzata ad effettuare l'incasso dei premi rilasciando apposita quietanza e, qualora la polizza sia in coassicurazione provvedendo alla ripartizione dei premi stessi fra le Compagnie Coassicuratrici.

PIANO PLUS (ad integrazione del PIANO BASE)

- **Premio annuo lordo pro-capite: € 210,00 (comprensivo del premio relativo al PIANO BASE)**

Piano integrativo al Piano Base, ad adesione volontaria da parte delle aziende associate ad A.S.SO.FARM., che si impegnano ad assicurare la totalità dei soggetti aventi la qualifica di "quadri"; eventuali inadempienze in merito a tale impegno comporteranno la proporzionale riduzione degli indennizzi.
L'adesione potrà essere esercitata esclusivamente alla decorrenza di ogni annualità assicurativa.

1. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Ad integrazione dell'Art.4.19 del Piano Base Reale Mutua assicura le prestazioni odontoiatriche di seguito riportate, unicamente se effettuate presso i Centri Odontoiatrici convenzionati.

- **estrazioni** (avulsioni) dei denti, fino un massimo di 4 l'anno;

- **implantologia** entro un massimale di € 5.100 con i seguenti sotto-massimali annui di spesa: € 900 in caso di un impianto; € 1.800 in caso di due impianti; € 3.300 in caso di tre impianti; € 3.800 in caso di quattro impianti; € 4.300 in caso di 5 impianti.

- **ortodonzia** (esclusivamente con utilizzo dei centri convenzionati) – massimale annuo assicurato € 700
  - trattamento ortodontico "All Inclusive" con apparecchiatura fissa o mobile per arcata e per anno. Comprensiva di controlli, modifiche e eventuale apparecchio di contenzione finale;
  - trattamento ortodontico ""All Inclusive" con allineatori trasparenti per arcata e per anno. Comprensiva di controlli, modifiche e eventuale apparecchio di contenzione finale (Prestazione non ripetibile)

- **paradontologia** – massimale annuo per assicurato € 1.000
  - splintaggio interdentale per problematiche parodontali o post ortodonzia (dispositivi su misura o prefabbricati);
  - intervento di rigenerazione ossea guidata per emiarcata (compreso osso eterologo e membrana)

PIANO SUPER PLUS (ad integrazione del PIANO BASE)

- **Premio annuo lordo pro-capite: € 280,00 (comprensivo del premio relativo al PIANO BASE)**

Piano integrativo al Piano Base, ad adesione volontaria da parte delle aziende associate ad A.S.SO.FARM., che si impegnano ad assicurare la totalità dei soggetti aventi la qualifica di "quadri"; eventuali inadempienze in merito a tale impegno comporteranno la proporzionale riduzione degli indennizzi.
L'adesione potrà essere esercitata esclusivamente alla decorrenza di ogni annualità assicurativa.

1. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Ad integrazione dell'Art.4.19 del Piano Base Reale Mutua assicura le prestazioni odontoiatriche di seguito riportate, unicamente se effettuate presso i Centri Odontoiatrici convenzionati.

- **estrazioni** (avulsioni) dei denti, fino un massimo di 4 l'anno;

- **implantologia** entro un massimale di € 5.100 con i seguenti sotto-massimali annui di spesa: € 900 in caso di un impianto; € 1.800 in caso di due impianti; € 3.300 in caso di tre impianti; € 3.800 in caso di quattro impianti; € 4.300 in caso di 5 impianti.

2. LENTI (esclusivamente con utilizzo di Centri Ottici convenzionati)

Reale Mutua rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti per la correzione visiva (anche a contatto, escluse lenti estetiche e "usa e getta") la cui adozione sia resa necessaria da *infortunio*, da sopravvenuta infermità o da modifica del visus.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 100,00 per Assicurato.

3. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO (esclusivamente con utilizzo dei centri convenzionati)

Reale Mutua rimborsa le spese sostenute per trattamenti di fisioterapia riabilitativi a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovato da referto di Pronto Soccorso, sempreché prescritti da medico curante ed effettuati da personale medico o abilitato in terapie della riabilitazione

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 700,00 per Assicurato, con il limite di € 50,00 per seduta.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi per ernia del disco e/o per mieolopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi

OCULISTICA
- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO
- Interventi per tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE
- Interventi di resezione totale dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica

• Interventi per echinococcosi epatica
• Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
• Interventi per neoplasie pancreatiche
• Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
• Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
• Intervento per mega-esofago
• Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
• Resezione gastrica
• Resezione gastrica allargata
• Resezione gastrica totale
• Resezione gastro-digiunale
• Resezione epatica

UROLOGIA
• Cistoprostatovescicolectomia
• Interventi di cistectomia totale
• Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
• Interventi di prostatectomia radicale
• Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
• Nefroureterectomia radicale
• Surrenalectomia

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
• Intervento chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
• Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
• Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
• Intervento di resezione di corpi vertebrali per neoplasie maligne
• Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
• Interventi per costola cervicale
• Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
• Reimpianto di arti

CHIRURGIA MAXILLO–FACCIALE
• Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO
• Trapianti di organo esclusivamente per patologie oncologiche

FERMO IL RESTO

Reale Mutua Assicurazioni
Coscelli e Fornaciari Srl
Un Agente Capo Procuratore

Contraente

……

……