



MutuaSalute

PROMOSSA DALLA CNA PIEMONTE



Guida al Piano sanitario Diaria da Ricovero Diagnostica Assistenza

ai SOCI di MUTUA SALUTE

Edizione 01/01/2016

Sede Operativa - Via Spalato, 62/A 10141 Torino
tel. 011 3822729 fax 011 3824670 - email: mutuasalute@gmail.com
C.F. 97655920011 N° REA 1015212

AVVERTENZA

Tutte le prestazioni della presente Guida al Piano sanitario in forma di diaria da ricovero e/o rimborso per alta specializzazione, trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio e rimborso per stato di non autosufficienza verranno erogate direttamente da Mutua Salute. Le prestazioni in forma di assistenza ospedaliera e domiciliare verranno erogate da Mutua Salute in collaborazione con Società Mutua Pinerolese.

- **Denuncia sinistri**

Tutta la documentazione per i rimborsi dovrà essere presentata direttamente a Mutua Salute nelle modalità previste nelle sezioni successivamente elencate.

Relativamente all'Assistenza Ospedaliera e all'Assistenza Domiciliare, per l'attivazione dei servizi e per le richieste di rimborso, il socio dovrà rivolgersi direttamente a Mutua Salute durante gli orari di ufficio. Per l'attivazione dei servizi al di fuori degli orari di ufficio contattare il numero telefonico 3331714132.

- **Gestione documenti di spesa**

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora Mutua Salute dovesse richiedere della documentazione in originale, questa sarà restituita al Socio alla chiusura del sinistro.

- **Diritto alle prestazioni**

Il Piano sanitario è prestato anche a favore dei relativi nuclei familiari risultanti dallo stato di famiglia, intendendo per tali il coniuge o convivente "more uxorio" ed i figli.

- **Limite di età**

Possono aderire al Piano sanitario tutti i soci di età compresa tra i 18 e 75 anni compiuti: se l'adesione avviene entro il settantacinquesimo anno la garanzia opererà senza limite di età.

- **Inclusioni/esclusioni**

L'inclusione di familiari in un momento successivo all'adesione al Piano sanitario è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione ed invio a Mutua Salute dell'apposito modulo. La copertura decorrerà dalla data in cui si è

verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine della validità annuale del Piano sanitario; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta a Mutua Salute la relativa comunicazione.

• **Validità territoriale**

Le prestazioni previste dalla Guida al Piano sanitario in forma di diaria da ricovero e/o rimborso per alta specializzazione, trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio e rimborso per stato di non autosufficienza hanno validità in tutto il mondo.

Le prestazioni previste dall'assistenza domiciliare hanno validità in Piemonte, quelle dell'assistenza ospedaliera in Piemonte e a Milano.

• **Persone non aventi diritto alle prestazioni**

Sono definite "persone non aventi diritto alle prestazioni" coloro le quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione del Piano sanitario;
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica e gravi scompensi del pancreas;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del Piano sanitario;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del Piano sanitario (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Sieropositività all'HIV;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%

Il Piano sanitario cessa con il loro manifestarsi qualora il Socio abbia aderito in presenza di una delle malattie sopraindicate.

• **Termini di aspettativa**

La copertura decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto del Piano sanitario per gli infortuni ;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per le malattie ;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del sesto anno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per le infezioni da HIV;

- del 90° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per le prestazioni di assistenza domiciliare e ospedaliera.

Qualora il presente Piano sanitario sia stato emesso in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altro riguardante gli stessi Soci e identiche coperture, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di effetto del Piano sanitario di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e per i limiti di spesa annui risultanti da quest'ultima;
- dal giorno di effetto del presente Piano sanitario, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano sanitario, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni garantite.

PRESTAZIONI GARANTITE

Art. 1 - Indennità giornaliera per ricoveri e convalescenza

1.A - Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura

A seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termine della Guida al Piano, Mutua Salute corrisponde un'indennità giornaliera con il limite di 30 giorni per persona e per anno assicurativo.

In caso di ricovero in day-hospital l'indennità viene corrisposta in misura pari al 50% di quella prevista.

Risulta compreso un periodo di immobilizzazione rigida, fino a rimozione, uguale ai giorni di ricovero da infortunio.

1.B - Indennità Giornaliera per Convalescenza

A seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termine della Guida al Piano, che renda necessaria una convalescenza per un periodo prescritto dal medico all'atto delle dimissioni, Mutua Salute corrisponde il medesimo importo previsto per l'indennità giornaliera in caso di ricovero di cui alla lettera A) del presente articolo per il periodo prescritto dal medico con il massimo dei giorni di degenza indennizzati.

La garanzia non è operante per:

- a) parto non cesareo o aborto;
- b) malattie della gravidanza e del puerperio.

Il Socio, per il rimborso dei giorni di ricovero, intesi come degenza in istituto di cura comportante pernottamento, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero/convalescenza da infortunio o a un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero da malattia per un periodo non superiore a 30 giorni per ricovero.

In nessun caso l'indennizzo massimo erogabile da Mutua Salute per persona e per anno assicurativo potrà essere superiore a 30 giorni di ricovero ed eguali giorni, se previsti, per convalescenza.

L'indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero in day-hospital, nella misura del 50% al giorno per un periodo non superiore a 30 giorni per ricovero.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 6.000,00 per persona**

Art. 2 - Prestazioni di alta specializzazione, trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

2.A - Prestazioni di alta specializzazione

<p>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)</p> <ul style="list-style-type: none">• Angiografia• Artrografia• Broncografia• Cistografia• Cistouretrografia• Clisma opaco• Colangiografia intravenosa• Colangiografia percutanea (PTC)• Colangiografia trans Kehr• Colecistografia• Dacriocistografia• Defecografia• Fistelografia• Flebografia• Fluorangiografia• Galattografia• Isterosalpingografia• Linfografia• Mielografia• Retinografia• Rx esofago con mezzo di contrasto• Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto	<ul style="list-style-type: none">• Rx tenue e colon con mezzo di contrasto• Scialografia• Splenoportografia• Urografia• Vescicolodeferentografia• Videoangiografia• Wirsunggrafia <p>Accertamenti</p> <ul style="list-style-type: none">• Ecocardiografia• Elettroencefalogramma• Elettromiografia• Mammografia o Mammografia Digitale• PET• Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)• Scintigrafia• Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) <p>Terapie</p> <ul style="list-style-type: none">• Chemioterapia• Cobaltoterapia• Dialisi• Laserterapia a scopo fisioterapico• Radioterapia
---	---

Le prestazioni erogate al Socio vengono liquidate direttamente da Mutua Salute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 50,00 e scoperto del 20% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dal Socio alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione. Il Socio dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Per ottenere il rimborso è necessario che il Socio allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Mutua Salute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico del Socio: per ottenere il rimborso è necessario allegare alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

2.B - Trattamenti fisioterapici riabilitativi e cure dentarie a seguito di infortunio

Mutua Salute, come previsto dal Piano sanitario, provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Mutua Salute, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, liquida al Socio le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio, con le modalità sottoindicate.

- **Prestazioni erogate da Mutua Salute al Socio**

Mutua Salute rimborsa le prestazioni erogate al Socio con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 50,00 e scoperto del 20% per ciclo di terapia. Il Socio dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Mutua Salute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico del Socio. Per ottenere il rimborso è necessario allegare alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

<p>La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.000,00 per nucleo familiare.</p>
--

Art. 3 - Stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo Socio titolare)

3.A - Oggetto della copertura

Il Piano sanitario garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita al Socio quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 3.D "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea".

3.B - Condizioni di associabilità

Ai fini dell'operatività della copertura, i Soci non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non associabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a) spostarsi;
 - b) lavarsi;
 - c) vestirsi;
 - d) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

3.C - Somma garantita

La somma mensile garantita nel caso in cui il Socio si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto 3.D "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea" corrisponde a € 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.

3.D - Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporanea il Socio il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo);
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire);
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente);

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

3.E - Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Mutua Salute

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza il Socio, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà chiamare il numero 0113822729 e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre a Mutua Salute ai fini della valutazione medica finale oltre a produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro.

Tale fascicolo deve contenere:

- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza del Socio, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente del Socio;
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora il Socio abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a Mutua Salute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Mutua Salute ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato le coperture del Piano sanitario non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, Mutua Salute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, Mutua Salute invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite il Socio o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto 3.d "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo", se il Socio è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto 4.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se il Socio è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico del Socio, dovrà essere inviata a Mutua Salute.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza del Socio sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo del Socio.

Mutua Salute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza del Socio da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto del Socio al riconoscimento di quanto previsto dal Piano sanitario, con le modalità di cui ai punti 3.F I) e 3.F II) decorre dal

momento in cui Mutua Salute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo del Socio.

3.F - Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di Mutua Salute secondo le condizioni del punto 3.D “Definizione dello stato di non autosufficienza” dà diritto al Socio che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti al punto 3.C “Somma garantita” - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti I) e II):

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l’esistenza di un rapporto di lavoro).

L’erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui Mutua Salute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza del Socio.

I) Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora il Socio richieda l’attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati con Mutua Salute, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere al Socio né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle coperture previste dalla Guida al Piano sanitario, eccedenti il limite di spesa annuo o non autorizzate da Mutua Salute.

II) Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Mutua Salute - Via Spalato 62/a - 10141 Torino - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza del Socio e la relativa data d’insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l’origine incidentale o patologica dell’affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento

intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);

- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente del Socio;
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora il Socio abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a Mutua Salute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui il Socio sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante al Socio viene effettuato su presentazione a Mutua Salute della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre il Socio, a fronte di specifica richiesta da parte di Mutua Salute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

3.G - Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Mutua Salute si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante del Socio, a controlli presso il Socio e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute del Socio.

In caso di rifiuto da parte del Socio di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso dalla data della richiesta di Mutua Salute.

Art. 4 - Assistenza Ospedaliera e Domiciliare

L'Assistenza Ospedaliera consiste nella vigilanza dei Soci ricoverati in ospedali o cliniche private.

L'Assistenza Domiciliare consiste nella vigilanza dei Soci dimessi da un presidio ospedaliero.

4.A - Assistibilità

Ogni nucleo familiare (o singola persona) è assistito fino ad una massimo annuo di 150 ore diurne o notturne, in modo continuato o alternato.

4.B - Assistenza

L'assistenza deve essere prestata da enti, organismi, associazioni o cooperative a ciò abilitati.

I rimborsi orari delle assistenze sono effettuati dietro presentazione di regolare fattura.

4.C - Modalità e prassi

L'assistenza Ospedaliera è rimborsata soltanto se autorizzata dal personale sanitario responsabile del reparto ove è ricoverato il Socio da assistere. Tale autorizzazione (richiesta all'ospedale da parte dei familiari) deve essere consegnata alla Mutua.

L'assistenza Domiciliare è rimborsata soltanto ai Soci dimessi da un presidio ospedaliero, indipendentemente che sia stata prestata o no l'assistenza ospedaliera, ed è necessario presentare una certificazione del presidio ospedaliero indicante il giorno di dimissioni, la diagnosi e la prognosi.

4.D Esclusioni e limiti

L'assistenza domiciliare non può essere concessa quando il Socio o il familiare è domiciliato presso qualsiasi istituto di cura, di riposo o simili, come non è concessa in presenza di familiari in grado di assistere efficacemente la persona per cui è richiesto l'intervento.

<p>La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.000,00 per nucleo familiare.</p>
--

CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

La Guida al Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Guida al Piano sanitario. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la copertura opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
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 Guida al Piano sanitario);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità del Socio di avere assistenza da 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 del Socio 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.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dal Socio;
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;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;

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.

Limitatamente alle prestazioni previste all'art. 3 "Stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo Socio titolare)" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Guida al Piano sanitario non è operante per le conseguenze:

1. di fatti volontari o intenzionali del Socio, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti;
2. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
3. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali il Socio ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
4. 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. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
6. di 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 Guida al Piano sanitario);
7. di infortuni causati da azioni dolose compiute dal Socio;
8. delle terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
9. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.