



RealmenteInSalute DayByDay

ASSICURAZIONE SANITARIA

Il presente Set Informativo, composto da:

- Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini,
 - Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni),
 - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni),
- deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari"

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE REALMENTEINSALUTE DAYBYDAY

**Mod. 5164 MAL
Ed. 01/2024**

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
ASSISTENZA – BLUE ASSISTANCE – 24 ore - 7 giorni su 7	800 092 092
SERVIZIO CLIENTI - BUONGIORNO REALE – lun - sab 8-20	800 320 320

AREA RISERVATA



All'indirizzo www.realemutua.it è possibile accedere all'Area Riservata per consultare il dettaglio delle polizze e tenere sotto controllo le scadenze. È possibile consultare tale Area anche tramite l'App Reale Mutua Mobile. L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

RealmenteInSalute DayByDay è una polizza sanitaria che contiene garanzie assicurative per far fronte a spese legate a problemi di salute senza, però, gravare in maniera eccessiva sul bilancio familiare.

Il prodotto è pensato per singoli individui o famiglie che guardano al Servizio Sanitario Nazionale come punto di riferimento per ciò che concerne i ricoveri e gli interventi chirurgici ma che, allo stesso tempo, desiderano accedere rapidamente a visite specialistiche e accertamenti diagnostici.

RealmenteInSalute DayByDay si compone delle seguenti garanzie:

- Diaria corrisposta in caso di ricovero e disponibile in due formule alternative (Standard e Premium): per coprire eventuali spese accessorie, anche in assenza di costi ospedalieri (ad esempio il taxi per recarsi in ospedale o la baby-sitter per prendersi cura dei figli quando si è ricoverati);
- Videoconsulti specialistici fruibili tramite piattaforma online dedicata per rispondere alla necessità di accedere ad un consulto medico specialistico in tempi brevi e in modalità smart e prestazioni di assistenza a domicilio;
- Rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche e accertamenti diagnostici (acquistabile solo in abbinamento alla diaria): per integrare privatamente le prestazioni extraospedaliere senza, però, incorrere in esborsi economici importanti.

Il prodotto presenta una struttura molto semplice e permette di quantificare preventivamente le prestazioni spettanti:

- in caso di ricovero, diaria giornaliera in funzione del numero dei pernottamenti;
- in caso di videoconsulto, massimo 30 videoconsulti per polizza;
- in caso di visita specialistica o accertamento diagnostico fruiti all'interno delle strutture convenzionate, pagamento del 90%;
- in caso di visita specialistica o accertamento diagnostico fruiti all'interno di strutture non convenzionate, rimborso del 70%, con gli ulteriori limiti:
 - per ogni visita specialistica, rimborso massimo pari a 100 €;
 - per ogni accertamento diagnostico, limite massimo individuato a seconda della specifica prestazione e riportato nella Guida al rimborso allegata alle presenti Condizioni di Assicurazione.

RealmenteInSalute DayByDay si completa, infine, con utili servizi sempre operanti fruibili tramite piattaforma online dedicata, quali i consigli medici telefonici e l'accesso, a tariffe agevolate, al network di Blue Assistance che include strutture sanitarie, dentisti, fisioterapisti, centri ottici e centri fitness.



Controlla i box di consultazione che troverai all'interno delle condizioni assicurative: ti indicheranno gli aspetti più salienti, le precisazioni utili sul contratto e spiegazioni di temi complessi.

Il testo contenuto nel box è un esempio con finalità esplicative e non ha valore contrattuale. Per l'applicazione della polizza è quindi sempre necessario fare riferimento al testo contrattuale all'origine degli esempi stessi.

INDICE

GLOSSARIO	07
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	10
 1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO	10
1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze influenti sulla valutazione del rischio.	10
1.2 Cambio di residenza del contraente e/o degli assicurati all'estero	10
1.3 Altre assicurazioni	10
1.4 Forma delle comunicazioni del contraente a reale mutua	10
 2 DURATA DELLA COPERTURA	11
 3 DISDETTA E RECESSO	11
 4 INFORMAZIONI SUL PREMIO	11
 5 DOVE VALE LA COPERTURA	12
<i>i</i> 6 ALTRE INFORMAZIONI	12
6.1 Controversie - Valutazione collegiale ed arbitrato irrituale	12
6.2 Foro competente	12
6.3 Rinuncia alla rivalsa	13
6.4 Modifiche dell'assicurazione	13
6.5 Rinvio alle norme di legge	13
6.6 Sostituzione di polizza	13
SEZIONE INDENNITARIE	14
 7 CHE COSA È ASSICURATO	14
7.1 Garanzia diaria (per ricovero)	14
 8 CHE COSA NON È ASSICURATO	14
8.1 Esclusioni	14
8.2 Decorrenza della garanzia - Carenze	15

	9	CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO.....	16
	9.1	Data del sinistro	16
	9.2	Norme del servizio blue assistance.....	16
	9.3	Obblighi dell'assicurato.....	16
	9.4	Cosa fare in caso di sinistro	16
SEZIONE MALATTIE			18
	10	CHE COSA È ASSICURATO.....	18
	10.1	Garanzia rimborso spese	18
	10.2	Garanzia videoconsulti specialistici.....	19
	10.2.1	Oggetto	19
	10.2.2	Operatività	20
	10.3	Servizi non assicurativi sempre operanti.....	20
	10.3.1	Consigli medici telefonici	20
	10.3.2	Accesso al network	20
	11	CHE COSA NON È ASSICURATO	21
	11.1	Esclusioni	21
	11.2	Decorrenza della garanzia - Carenze	22
	12	CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO.....	23
	12.1	Garanzia rimborso spese	23
	12.1.1	Data del sinistro	23
	12.1.2	Norme del servizio blue assistance.....	23
	12.1.3	Obblighi dell'assicurato.....	23
	12.1.4	Cosa fare in caso di sinistro	24
	12.2	Garanzia videoconsulti specialistici.....	25
	12.2.1	Cosa fare in caso di sinistro	25
SEZIONE ASSISTENZA			26
	13	CHE COSA È ASSICURATO.....	26
	13.1	Assistenza – prestazioni a domicilio.....	26
	14	CHE COSA NON È ASSICURATO	27

14.1	Esclusioni	27
 15	CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO.....	27
15.1	Obblighi dell'assicurato.....	28
15.2	Mancato utilizzo delle prestazioni.....	28
15.3	Rimborso per prestazioni indebitamente ottenute	28
APPENDICE 1 - GUIDA AL RIMBORSO		29
APPENDICE 2 - ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA.....		42

LEGENDA



CHE COSA È ASSICURATO

Descrizione delle garanzie previste dal prodotto.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

Funzionamento di alcune garanzie, con eventuale indicazione del loro perimetro di applicazione, delle limitazioni e dei casi in cui non operano.



CHE COSA NON È ASSICURATO

Indicazione di quali persone o beni non possono essere assicurati e quali eventi sono esclusi dalla polizza.



TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

Riepilogo per ogni singola garanzia di limiti di indennizzo, franchigie e scoperti.



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Procedura per la denuncia di sinistro, contatti di riferimento, documentazione da consegnare, tempistiche di accertamento del sinistro e liquidazione dell'indennizzo.



DURATA DELLA COPERTURA

Condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Obblighi del Contraente/Assicurato sia al momento dell'acquisto, sia durante tutta la durata del contratto.



DISDETTA E RECESSO

Modalità di scioglimento del contratto.



INFORMAZIONI SUL PREMIO

Modalità di pagamento dei premi.



DOVE VALE LA COPERTURA

Paesi in cui sono valide le singole garanzie.



ALTRE INFORMAZIONI

Ulteriori informazioni presenti solo nella Sezione del contratto denominata "Norme comuni a tutte le garanzie".

NOTA BENE: le parti evidenziate in grigio devono essere lette attentamente dal *Contraente/Assicurato*.

I termini utilizzati in corsivo hanno il significato, sia al singolare sia al plurale, specificato di seguito.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Prestazione medica, strumentale o di laboratorio, atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia, a carattere anche cruento e/o invasivo.

ASSICURATO

La persona protetta dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

BLUE ASSISTANCE

Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto di Reale Mutua, alla liquidazione dei *sinistri* ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le *strutture sanitarie* selezionate da Reale Mutua stessa.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il *ricovero*, contenente le generalità dell'*Assicurato*, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di *Blue Assistance* S.p.A. che organizza ed eroga le prestazioni assicurative e i servizi previsti in *polizza*.

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con Reale Mutua.

DAY HOSPITAL

Degenza esclusivamente diurna in *struttura sanitaria* regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera e documentata da *cartella clinica*.

DAY SURGERY

Degenza esclusivamente diurna in *struttura sanitaria* regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

Parte del danno indennizzabile, espressa in cifra fissa (franchigia) o in percentuale (scoperto), che rimane a carico dell'*Assicurato*.

INDENNIZZO

Somma dovuta da Reale Mutua in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza *ricovero* presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti la quale dovrà avvenire con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

È considerata intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura.

Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:

- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo;
- le iniezioni.

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, evidente o clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della *polizza*.

MASSIMALE

Somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e per persona, Reale Mutua presta la garanzia.

MEMO CARD BLUE ASSISTANCE

La Memo Card Blue Assistance è una carta per il riconoscimento dell'*Assicurato* nelle *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, valida per tutta la durata contrattuale.

MODULO DI POLIZZA

Documento che riporta i dati necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del *Contraente*, i dati identificativi del rischio, il *premio* e la sottoscrizione delle *Parti*.

NON AUTOSUFFICIENZA

Impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana:

- lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale.
- nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
- muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
- vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.

PARTI

Il *Contraente* e Reale Mutua.

PIATTAFORMA ONLINE DEDICATA

La piattaforma a disposizione dell'*Assicurato* accessibile tramite l'Area Riservata di Reale Mutua o l'APP Reale Mutua Mobile in cui l'*Assicurato* stesso potrà usufruire dei servizi non assicurativi sempre operanti nonché, se previsti, dei videoconsulti specialistici. Resta espressamente inteso che Reale Mutua si riserva facoltà di cambiare la piattaforma nel corso della durata della *polizza*, previa comunicazione al *Contraente*.

POLIZZA

Insieme dei documenti che comprovano il contratto di *assicurazione*.

PREMIO

Somma dovuta dal *Contraente* a Reale Mutua.

RESIDENZA

Luogo in Italia in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.

RICOVERO

Permanenza in *struttura sanitaria* con pernottamento o in *day hospital/day surgery* resa necessaria da *malattia* o da *infortunio*.

SINISTRO

Per la garanzia Diaria si considera sinistro il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*.

Per la garanzia Rimborso spese si considera sinistro la *visita specialistica*, l'*accertamento diagnostico* o il *trattamento di fisiokinesiterapia*.

Per la garanzia *Videoconsulti specialistici* si considera sinistro il videoconsulto.

Per le prestazioni di Assistenza si considera sinistro il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie anche in regime di degenza diurna.

Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, le Residenze Sanitarie Assistenziali, i centri del benessere.

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGI CONVENZIONATI

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con *Blue Assistance*, presso i quali l'Assicurato può fruire di tariffe agevolate per le prestazioni sanitarie coperte dalla *polizza*.

Prima di effettuare le prestazioni l'Assicurato deve consultare l'elenco delle *strutture sanitarie* e dei medici convenzionati sul sito internet www.realemutua.it o sull'APP Reale Mutua Mobile.

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

Terapie specifiche (radarterapia, ultrasuoni, kinesiterapia e simili) prescritte dal medico o specialista curante, praticate da operatore sanitario riconosciuto e abilitato ed effettuate unicamente in *strutture sanitarie* autorizzate ivi compresi gli ambulatori medici.

VENDITA A DISTANZA

Modalità di stipula dell'*assicurazione* senza la presenza fisica e simultanea delle *parti*.

VIDEOCONSULTO SPECIALISTICO

Videoconsulenza medica specialistica della quale è possibile usufruire accedendo dall'area riservata di Reale Mutua o dall'APP Reale Mutua Mobile alla *piattaforma online dedicata*. La videoconsulenza può essere utilizzata in caso di necessità di informazioni sul proprio stato di salute a seguito di *infortunio* o *malattia*, per richiedere consigli medici e per orientarsi sugli opportuni passi da compiere.

Si ricorda che durante il videoconsulto specialistico non verranno fornite diagnosi e prescrizioni e che il videoconsulto non sostituisce una visita medica in presenza.

I videoconsulti vengono erogati da fornitori terzi di *Blue Assistance S.p.A.* presenti sulla *piattaforma online dedicata* e non sono prestazioni di telemedicina, quest'ultime definite dalle Linee di indirizzo nazionali predisposte dal Ministero della Salute e recepite nell'intesa approvata dalla Conferenza tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in data 20 febbraio 2014 e dalle Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina predisposte dal Ministero della Salute e recepite nell'accordo approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 17 dicembre 2020 e s.m.i.

VISITA SPECIALISTICA

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia motivo della visita stessa.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Norme valide per tutte le garanzie prestate dall'*assicurazione*.

I riferimenti ad articoli di legge indicati nella presente Sezione e nel resto del testo contrattuale sono richiamati per esteso nell'Appendice 2



1. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* o dell'*Assicurato* relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo* nonché la stessa cessazione dell'*assicurazione* ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

1.2 CAMBIO DI RESIDENZA DEL CONTRAENTE E/O DEGLI ASSICURATI ALL'ESTERO

Gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico del *Contraente*.

Nel caso in cui il *Contraente*, nel corso della durata del contratto, trasferisca la propria *residenza* in qualunque altro Stato, è obbligato a comunicarlo a Reale Mutua a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento. Il *Contraente* si obbliga altresì a comunicare a Reale Mutua il trasferimento del proprio domicilio, se persona fisica, o della sede o stabilimento cui sono addette le persone assicurate, se persona giuridica, in Stato diverso da quello indicato al momento della stipula della *polizza*. In tali casi l'*assicurazione* cessa alla prima scadenza annuale senza obbligo di comunicazione fra le *parti*.

1.3 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve comunicare per iscritto a Reale Mutua l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di *sinistro* il *Contraente* o l'*Assicurato* deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

1.4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE A REALE MUTUA

Tutte le comunicazioni alle quali il *Contraente* è tenuto nei confronti di Reale Mutua dovranno essere fatte esclusivamente per iscritto, fax o posta elettronica certificata (PEC) a Reale Mutua ai seguenti indirizzi:

- Via Corte d'Appello, 11 - 10122 Torino (Italia);
- Fax: +39 011 4350966;
- PEC: realemutua@pec.realemutua.it.



2. DURATA DELLA COPERTURA

La *polizza* ha durata annuale e termina alla data indicata nel *modulo di polizza*.

La copertura ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel *modulo di polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

Se il *Contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successive, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. L'*assicurazione* riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Qualora nella casella "tacito rinnovo" del *modulo di polizza* sia riportata l'indicazione "SI" in mancanza di disdetta effettuata mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* è prorogata per un anno e così ad ogni successiva scadenza.



3. DISDETTA E RECESSO

Disdetta

Se l'*assicurazione* è stipulata con il tacito rinnovo, le parti devono comunicare la disdetta almeno 30 giorni prima della sua scadenza annuale.

Il contraente deve comunicare la disdetta a Reale Mutua tramite lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC). La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva dell'*assicurazione* alla scadenza annuale.

Vendita a distanza

Qualora il contratto sia concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, il *Contraente* entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto ha la facoltà di recedere dallo stesso inviando a Reale Mutua o una raccomandata A.R. (indirizzo: Via Corte d'Appello, 11 – 10122 Torino) oppure un'email alla casella di posta elettronica certificata (realemutua@pec.realemutua.it) contenente gli elementi identificativi del contratto, oppure all'Intermediario con cui il contratto è stato concluso.

Il recesso avrà efficacia dalle ore 24.00 del giorno di invio della raccomandata A.R. o della PEC. Reale Mutua rimborserà la parte di *premio* riferito al periodo non usufruito al netto delle imposte.



4. INFORMAZIONI SUL PREMIO

Il *premio* è sempre determinato per periodi di assicurazione di 1 anno ed è interamente dovuto dal *Contraente*, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.

Esclusivamente per le garanzie di seguito indicate il *premio* è determinato dall'età dell'*Assicurato* al momento della stipulazione della *polizza*. Il *premio* così determinato si adegua annualmente in funzione del crescere dell'età di ciascun *Assicurato* sulla base delle percentuali di seguito riportate:

Fascia d'età	Garanzia Diaria	Garanzia "Rimborso spese"
da 0 a 4	0%	0%
da 4 a 5	19%	22%

Fascia d'età	Garanzia Diaria	Garanzia "Rimborso spese"
da 5 a 9	0%	0%
da 9 a 10	19%	22%
da 10 a 14	0%	0%
da 14 a 15	19%	22%
da 15 a 19	0%	0%
da 19 a 20	11%	12%
da 21 a 55	3,5%	2,5%
oltre i 55 anni	4%	3%



5. DOVE VALE LA COPERTURA

L'assicurazione vale in tutto il mondo ad eccezione delle prestazioni della Sezione Assistenza per le quali vale quanto indicato all'art. 13.



6. ALTRE INFORMAZIONI

6.1 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi* si potrà procedere, su accordo tra le *Parti*, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:

- A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle *Parti*, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza* dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le *Parti*;
- B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto A, oppure in alternativa ad essa. Due componenti del Collegio vengono designati dalle *Parti* mentre il terzo componente viene designato su accordo dei primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo più vicino alla residenza dell'assicurato. 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

6.2 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di *residenza* dell'*Assicurato*.

6.3 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'*infortunio* o della *malattia*.

6.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'*assicurazione* devono essere provate per iscritto.

6.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

6.6 SOSTITUZIONE DI POLIZZA

Qualora la *polizza* sia sostituita, senza soluzione di continuità, da copertura analoga sempre presso Reale Mutua, per lo stesso rischio, relativamente agli stessi *Assicurati*, si conviene che Reale Mutua estende la copertura dell'*assicurazione*, mantenendo le stesse condizioni della *polizza* sostituita, alle prestazioni sanitarie conseguenti a *malattia* o *infortunio* occorsi durante la validità della *polizza* sostituita purchè effettuate entro trenta giorni dalla decorrenza della nuova *polizza*. Resta convenuto che le predette prestazioni sanitarie devono essere conseguenti a *malattia* diagnosticata o *infortunio* occorso durante la validità della *polizza* sostituita, semprechè non fossero già escluse dalla *polizza* stessa.

SEZIONE INDENNITARIE

Reale Mutua assicura le persone indicate nel *modulo di polizza* e presta le garanzie sotto indicate solo se espressamente richiamate nel *modulo di polizza*.



7. CHE COSA È ASSICURATO

7.1 GARANZIA DIARIA (per ricovero)

Reale Mutua corrisponde la diaria di seguito indicata in *modulo di polizza* in base all'Opzione prescelta in caso di *ricovero* reso necessario da *infortunio* o *malattia*, per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in *day hospital/day surgery*, intervento ambulatoriale con un massimo di 180 pernottamenti per anno assicurativo e per *Assicurato*.

Opzione Standard	Opzione Premium
€ 50	€ 100

La diaria è raddoppiata dal primo giorno in caso di *ricovero* di almeno 15 pernottamenti consecutivi. Restano esclusi i *ricoveri* per parto e puerperio.

8. CHE COSA NON È ASSICURATO



8.1 ESCLUSIONI

Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Il verificarsi di situazioni patologiche diverse da quelle sopra indicate non configura aggravamento del rischio.

L'*assicurazione* non vale per persone che, al momento della stipulazione della *polizza*, abbiano un'età superiore a 70 anni. Il limite di permanenza in *assicurazione* è fissato in 75 anni.

Reale Mutua non presta le garanzie previste per:

- A *infortuni* derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;
- B *infortuni* derivanti da guida di veicoli in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e successive modificazioni ed integrazioni;

- C *infortuni* o *malattie* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- D conseguenze di:
- *infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
 - *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
- E *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;
- F i *ricoveri* per parto e puerperio;
- G aborto volontario non terapeutico;
- H patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;
- I prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli *interventi di chirurgia* plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio*, quest'ultimo purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche;
- J check-up di medicina preventiva;
- K *interventi chirurgici* per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- L paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;
- M infertilità, sterilità, impotenza;
- N sieropositività da virus H.I.V.;
- O conseguenze di:
- atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
 - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
 - guerre, insurrezioni in genere;
 - movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano;
- P *ricoveri* dovuti alla necessità dell'*Assicurato*, dopo essere divenuto *non più autosufficiente*, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi);
- Q degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

Fermo quanto previsto all' art. 2 DURATA DELLA COPERTURA e le esclusioni dell'art. 8.1, le garanzie decorrono dalle ore 24:

- A del giorno di effetto dell'*assicurazione* per gli *infortuni* e per l'aborto post-traumatico;
- B del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le *malattie* della gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri, tramite esame ecografico, che la gravidanza abbia avuto inizio successivamente all'effetto dell'*assicurazione*).
- C del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le altre *malattie*.

In caso di *ricovero*, *intervento chirurgico* o di altre prestazioni sanitarie previste in *polizza* verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun *indennizzo* anche per prestazioni a loro connesse ed effettuate oltre i suddetti periodi.

Qualora la *polizza* sia emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *polizza* in essere con Reale Mutua, relativamente agli stessi *Assicurati* i termini di cui sopra operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente *polizza*.



9. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

9.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all' art. 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

L'*assicurazione* è operante per i *sinistri* occorsi nel periodo di validità dell'*assicurazione* a condizione che la *malattia* o l'*infortunio* che li hanno determinati si siano verificati o siano stati diagnosticati nel medesimo periodo.

Qualora la *polizza* sia sostituita da copertura analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico di Reale Mutua.

9.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

Il *Contraente* e l'*Assicurato* riconoscono espressamente che *Blue Assistance* non ha alcuna responsabilità per le prestazioni o loro esecuzione fornite dalle *strutture sanitarie* e dai *medici chirurghi* con essa *convenzionati*; pertanto prendono atto che per 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 dell'*Assicurato* per qualsiasi informazione inerente alla prestazione dei servizi.

9.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'*Assicurato* deve:

- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.
- presentare la propria *Memo Card Blue Assistance* in caso di utilizzo di struttura sanitaria *convenzionata* per accedere alle tariffe convenzionate.

Si specifica che le spese per i certificati medici e di ogni altra documentazione richiesta restano a carico dell'*Assicurato*.

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'*Assicurato* deve dare avviso del *sinistro* a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

9.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

L'*Assicurato* deve accedere alla propria area riservata dal sito www.realemutua.it o dall'APP Reale Mutua Mobile per creare una richiesta di rimborso, allegando la documentazione sotto riportata che viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. Reale Mutua 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.

In alternativa l'Assicurato deve dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

L'Assicurato deve trasmettere, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico* senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento;

L'Assicurato deve provvedere direttamente al pagamento degli importi dovuti per le prestazioni ricevute.

Blue Assistance - verificata l'operatività della garanzia - procede alla liquidazione del *sinistro* entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

SEZIONE MALATTIE

Reale Mutua assicura le persone indicate nel *modulo di polizza* e presta le garanzie sotto indicate solo se espressamente richiamate nel *modulo di polizza*.



10. CHE COSA È ASSICURATO

10.1 GARANZIA RIMBORSO SPESE (*visite specialistiche e accertamenti diagnostici*)

Reale Mutua paga o rimborsa in caso di utilizzo di *strutture sanitarie convenzionate* il 90% delle spese sostenute dall'Assicurato per:

- analisi cliniche rese necessarie da *malattia* o *infortunio* purchè prescritte dal medico curante o precedenti e successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico*;
- *accertamenti diagnostici*, diversi da analisi cliniche, resi necessari da *malattia* o *infortunio* purchè prescritti dal medico curante o precedenti e successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico*;
- *trattamenti di fisiokinesiterapia* resi necessari da *infortunio* purchè prescritti dal medico o specialista curante o successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico*;
- onorari medici per *visite specialistiche* rese necessarie da *malattia* o *infortunio* o precedenti e successive ad un *ricovero*;
- trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico eseguiti nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi a *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia*;
- cure termali praticate nei 120 giorni successivi al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia*, con esclusione delle spese alberghiere;

L'elenco delle *strutture sanitarie* e dei *medici convenzionati* è consultabile sul sito internet www.realemutua.it o sull'APP Reale Mutua Mobile.



Esempio di pagamento delle spese per Trattamenti di fisiokinesiterapia effettuati presso Struttura Sanitaria convenzionata:

- Importo delle spese fatturate è € 600
- Scoperto 10%, è € 600*10% = € 60 (importo che rimane a carico dell'Assicurato)
- Importo che rimane a carico di Reale Mutua è € 600 - € 60 = € 540

Reale Mutua rimborsa in caso di utilizzo di *strutture sanitarie non convenzionate* il 70% delle spese sostenute dall'Assicurato per:

- analisi cliniche rese necessarie da *malattia* o *infortunio* purchè prescritte dal medico curante o precedenti e successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico* con il massimo di € 150 per persona e per anno assicurativo;
- *accertamenti diagnostici*, diversi da analisi cliniche, resi necessari da *malattia* o *infortunio* purchè prescritti dal medico curante o precedenti e successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico* entro i limiti previsti dalla guida al rimborso riportata nell'Appendice 1;
- *trattamenti di fisiokinesiterapia* resi necessari da *infortunio* purchè prescritti dal medico o specialista curante

o successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico* entro i limiti previsti dalla guida al rimborso riportata nell'Appendice 1;

- onorari medici per *visite specialistiche* rese necessarie da *malattia* o *infortunio* o precedenti e successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico* con il massimo di € 100 per visita specialistica o ad un *intervento chirurgico*.
- trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico eseguiti nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi a *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia* con il limite di €100 per singolo trattamento e con un massimo di 400€ per persona per anno assicurativo;
- cure termali praticate nei 120 giorni successivi al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia* con il limite di €250 per persona e per anno assicurativo, con esclusione delle spese alberghiere;



Esempio di rimborso delle spese per Ecocardiogramma effettuato presso Struttura Sanitaria non convenzionata:

In caso di utilizzo di struttura sanitaria non convenzionata è previsto l'utilizzo della Guida al rimborso (vedi Appendice 1).

L'Ecocardiogramma doppler da Guida al rimborso prevede un limite di € 255:

- se la prestazione sanitaria in una determinata *struttura sanitaria* non convenzionata ha un costo di € 250, Reale Mutua rimborsa all'Assicurato il 70% della spesa, pari a € 175, lasciando a suo carico il 30% della spesa (pari a €75);
- se la prestazione sanitaria in un'altra *struttura sanitaria* non convenzionata ha un costo € 400, poiché il 70% della spesa è pari a € 280, entra in gioco il limite di *indennizzo*, pertanto Reale Mutua rimborsa all'Assicurato fino al massimo previsto di 255€, lasciando a suo carico €145. (pari a €400-€255).

Si specifica che per le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate è previsto un *indennizzo* a forfait pari a € 200.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua rimborsa integralmente i costi del ticket.

Sono escluse le prestazioni effettuate durante un *ricovero*, le visite pediatriche, ginecologiche e le visite ed accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 3.000 per persona e per anno assicurativo.

10.2 GARANZIA VIDEOCONSULTI SPECIALISTICI

10.2.1 OGGETTO

Reale Mutua procura per il tramite di *Blue Assistance S.p.A.*, con i limiti e le modalità previste all'art. OPERATIVITÀ, i videoconsulti specialistici resi necessari da *infortunio* o *malattia* tra quelli disponibili sulla *piattaforma online dedicata*.

Si specifica che non verranno fornite prescrizioni e diagnosi durante i videoconsulti.

Resta inteso che, i consigli medici forniti in occasione del videoconsulto, non sono da intendersi come sostitutivi di prescrizioni mediche e/o diagnosi che consentono di accedere alle altre coperture previste dalla polizza. Per usufruire delle altre prestazioni assicurative previste in *polizza* dovranno verificarsi le condizioni richieste dalle garanzie stesse.

In caso di fruizione di un *videoconsulto specialistico* da parte di un *Assicurato* minorenne, la richiesta di videoconsulto dovrà essere effettuata da parte dell'Assicurato genitore o da chi fa le veci del minore, indicando, al momento della richiesta del videoconsulto nome e cognome dell'Assicurato minorenne per cui si richiede il videoconsulto.

La prestazione "Videoconsulti specialistici" è disponibile dall'Italia e dall'estero, con eventuali costi di telefonia e connessione a carico dell'Assicurato.



Esempio di prestazione di Videoconsulto specialistico

L'Assicurato soffre di disturbi alimentari e si collega all'APP di Reale Mutua Mobile per organizzare un videoconsulto con nutrizionista. Una volta concordato il giorno e l'ora, durante il successivo collegamento l'Assicurato avrà l'opportunità di approfondire alcuni dubbi sulla sua alimentazione, mostrare esami di laboratori e referti clinici e chiedere al medico specialista quali siano i prossimi passi da seguire.

Si ricorda che durante il videoconsulto specialistico non verranno fornite diagnosi e prescrizioni e che il videoconsulto non sostituisce una visita medica in presenza.

10.2.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Qualora gli *Assicurati* presenti in polizza abbiano bisogno di organizzare un *videoconsulto* medico telefonico a seguito di *infortunio* o *malattia* dovranno collegarsi alla *piattaforma online dedicata* accessibile tramite l'Area Riservata di Reale Mutua o l'APP Reale Mutua Mobile.

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza di 30 *videoconsulti* per *polizza*, indipendentemente dal numero di Assicurati presenti in polizza, e per anno assicurativo.

10.3 SERVIZI NON ASSICURATIVI SEMPRE OPERANTI

Con l'acquisto della *polizza* e finché la stessa è in vigore, Reale Mutua offre gratuitamente all'Assicurato la possibilità di avvalersi dei servizi non assicurativi fruibili accedendo alla *piattaforma online dedicata* tramite l'Area Riservata di Reale Mutua o l'APP Reale Mutua Mobile.

10.3.1 CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

Qualora l'Assicurato e i membri del nucleo familiare, anche non *Assicurati*, necessitino di informazioni e consigli medici la *Centrale Operativa* mette a disposizione tale servizio che consiste nel fornire informazioni e consigli su medicinali commercializzati in Italia o su primi provvedimenti d'urgenza da adottare.

La *Centrale Operativa* è a disposizione 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno.

10.3.2 ACCESSO AL NETWORK

A OGGETTO

Reale Mutua offre agli *Assicurati* presenti in polizza la possibilità di effettuare, a tariffa agevolata, le seguenti prestazioni di cui abbiano necessità tramite la *piattaforma online dedicata*:

- prestazioni mediche rese dal network di *centri convenzionati*;
- prestazioni odontoiatriche rese dal network di *medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati*. Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche sono consultabili tramite il sito stesso;
- prestazioni fisioterapiche rese dal network di *centri medici convenzionati*.

Inoltre Reale Mutua offre agli *Assicurati* presenti in polizza la possibilità di usufruire di tariffe agevolate:

- presso il network di palestre, centri benessere e centri bellezza, facenti parte del circuito "Hello Fitness" di Akuero S.r.l.;
- presso il network di ottici facenti parte del circuito Salmoiraghi e Viganò

B DIRITTI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ha diritto di usufruire gratuitamente delle tariffe agevolate:

- per le prestazioni odontoiatriche, le prestazioni mediche e le prestazioni fisioterapiche rese dal network di *Blue Assistance*;

- per le prestazioni fitness e di ottica rese da fornitori terzi.

Resta inteso che:

- le prestazioni *dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati* saranno fornite direttamente dai predetti Soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
- i corrispettivi relativi alle *prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati* saranno a carico dell'Assicurato che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi;
- le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei *medici/medici dentisti/centri convenzionati* saranno fornite direttamente dagli stessi a cui l'Assicurato si è rivolto.



11. CHE COSA NON È ASSICURATO

11.1 ESCLUSIONI

Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Il verificarsi di situazioni patologiche diverse da quelle sopra indicate non configura aggravamento del rischio.

L'*assicurazione* non vale per persone che, al momento della stipulazione della *polizza*, abbiano un'età superiore a 70 anni. Il limite di permanenza in *assicurazione* è fissato in 75 anni.

Le presenti esclusioni non operano per i servizi non assicurativi di cui all'art 10.3.

Reale Mutua non presta le garanzie previste per:

- infortuni* derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;
- infortuni* derivanti da guida di veicoli in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e successive modificazioni ed integrazioni;
- infortuni* o *malattie* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- conseguenze di:
 - infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
 - malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'*assicurazione*;

Tale esclusione non opera per la garanzia Videoconsulti specialistici di cui all'art. 10.2.

E *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;

F i *ricoveri* per parto e puerperio;

G aborto volontario non terapeutico;

H patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze; Tale esclusione non opera per la garanzia Videoconsulti specialistici di cui all'art. 10.2.

I prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio*, quest'ultimo purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche;

J check-up di medicina preventiva;

K *interventi chirurgici* per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);

L paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;

M infertilità, sterilità, impotenza;

N sieropositività da virus H.I.V.;

O conseguenze di:

- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- guerre, insurrezioni in genere;
- movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano;

P ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto *non più autosufficiente*, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi);

Q degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;

R prestazioni effettuate durante un *ricovero*, visite pediatriche, ginecologiche e visite ed accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici

11.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

Fermo quanto previsto all'art. 2 DURATA DELLA COPERTURA e le esclusioni dell'art. 8.1, le garanzie decorrono dalle ore 24:

A del giorno di effetto dell'*assicurazione* per gli *infortuni* e per l'aborto post-traumatico;

B del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le *malattie* della gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri, tramite esame ecografico, che la gravidanza abbia avuto inizio successivamente all'effetto dell'*assicurazione*).

C del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le altre *malattie*.

Tali carenze non operano per la garanzia *Videoconsulti* specialistici di cui all'art. 10.2. e per i servizi non assicurativi di cui all'art. 10.3

In caso di *ricovero*, *intervento chirurgico* o di altre prestazioni sanitarie previste in *polizza* verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun *indennizzo* anche per prestazioni a loro connesse ed effettuate oltre i suddetti periodi.

Qualora la *polizza* sia emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *polizza* in essere con Reale Mutua, relativamente agli stessi *Assicurati* i termini di cui sopra operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente *polizza*.



Esempio di funzionamento della Carenza

Per "carenza" si intende un periodo iniziale in cui l'Assicurazione non è operante.

Se il Contraente ha stipulato una polizza con decorrenza 04/11/2023, il suo periodo di carenza, per tutto ciò che non concerne infortuni o malattie della gravidanza, termina 30 giorni dopo, in questo caso il 04/12/2023.

Se il 15/01/2024 il Contraente chiede il rimborso di una visita specialistica effettuata il 29/11/2023, il rimborso non sarà effettuato perché la visita specialistica è avvenuta prima della fine del periodo di carenza, quando la garanzia non era attiva, cioè prima del 04/12.

Questo vale a prescindere dalla data in cui viene effettuata la richiesta del rimborso.



12. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

12.1 GARANZIA RIMBORSO SPESE (per visite specialistiche e accertamenti diagnostici)

Blue Assistance

- ha sede a Torino – via Santa Maria n. 11
- esclusivamente per l'indicazione delle *strutture sanitarie convenzionate* risponde ai numeri telefonici:

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 55

12.1.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all' art. 11.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

L'*assicurazione* è operante per i *sinistri* occorsi nel periodo di validità dell'*assicurazione* a condizione che la *malattia* o l'*infortunio* che li hanno determinati si siano verificati o siano stati diagnosticati nel medesimo periodo.

Qualora la *polizza* sia sostituita da copertura analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico di Reale Mutua.

12.1.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

Il *Contraente* e l'*Assicurato* riconoscono espressamente che *Blue Assistance* non ha alcuna responsabilità per le prestazioni o loro esecuzione fornite dalle *strutture sanitarie* e dai *medici chirurghi* con essa *convenzionati*; pertanto prendono atto che per 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 dell'*Assicurato* per qualsiasi informazione inerente alla prestazione dei servizi.

12.1.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'*Assicurato* deve:

- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato;
- presentare la propria *Memo Card Blue Assistance* o, in alternativa, il voucher reperibile sulla *piattaforma online dedicata* in caso di utilizzo di *struttura sanitaria convenzionata* per accedere alle tariffe agevolate.
- verificare che in fattura sia riportata la dicitura che confermi l'applicazione della tariffa convenzionata.

Si specifica che le spese per i certificati medici e di ogni altra documentazione richiesta restano a carico dell'*Assicurato*.

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'*Assicurato* deve dare avviso del *sinistro* a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'*Assicurato* che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance* delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla *polizza*.

Qualora il *sinistro* risultasse non indennizzabile, l'*Assicurato* si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

12.1.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

A UTILIZZO DI *STRUTTURE SANITARIE* CONVENZIONATE CON *BLUE ASSISTANCE*

In caso di ricorso ad una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance*, per usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute, l'*Assicurato* deve accedere all'APP Reale Mutua Mobile, scegliere la polizza per la quale vuole richiedere la presa in carico diretta e poi cliccare su Gestisci la tua polizza.

In alternativa l'*Assicurato* deve dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

In mancanza della modalità sopra descritte, le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B del presente articolo.

L'elenco delle *strutture sanitarie* è consultabile sul sito www.realemutua.it o sull'APP Reale Mutua Mobile.

L'*Assicurato* deve produrre la prescrizione del medico curante attestante la *malattia* o l'*infortunio* e fornire ogni altra informazione o documentazione richiesta da Reale Mutua.

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, Reale Mutua provvederà a liquidare direttamente alla *struttura convenzionata e/o al medico convenzionato*, le competenze, al netto di eventuali *scoperti o franchigie*, a carico dell'*Assicurato* (che devono essere versati direttamente alla struttura) e nei limiti dell'importo indennizzabile, per le prestazioni sanitarie autorizzate, garantendo l'*Assicurato* da qualsivoglia richiesta e/o azione da questi promossa nei suoi confronti per le prestazioni rientranti in polizza.

Resta convenuto che, nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da *Blue Assistance*.

B UTILIZZO DI *STRUTTURE SANITARIE* NON CONVENZIONATE CON *BLUE ASSISTANCE*

L'*Assicurato* che utilizzi:

- a. *strutture sanitarie* non convenzionate, oppure
- b. *strutture sanitarie convenzionate* senza preventivo accordo con *Blue Assistance* provvede direttamente al pagamento delle spese sostenute. Per chiedere il rimborso deve accedere alla propria area riservata dal sito www.realemutua.it o dall'APP Reale Mutua Mobile per creare una richiesta di rimborso, allegando la documentazione sotto riportata che viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. Reale Mutua 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.

In alternativa l'*Assicurato* deve dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

La documentazione da produrre è la seguente:

- in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico* senza *ricovero*, copia della relazione dell'*intervento*;
- prescrizione del medico curante attestante la *malattia* o l'*infortunio*, la diagnosi accertata in caso di *visita specialistica* o gli esiti degli *accertamenti diagnostici*;

Si specifica che, per le analisi cliniche dovranno essere raccolte tutte le fatture delle prestazioni eseguite nel corso del medesimo anno assicurativo e presentate in unica soluzione.

L'*Assicurato* deve provvedere direttamente al pagamento degli importi dovuti per le prestazioni ricevute.

Blue Assistance - verificata l'operatività della garanzia - procede alla liquidazione del *sinistro* entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

C TRATTAMENTI MEDICI E CURE TERMALI

Le spese riferite a i trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico e alle cure termali di cui all'art 10.1 non vengono pagate direttamente da *Blue Assistance* ma rimborsate all'*Assicurato* con le regole e i limiti previsti dalla garanzia.

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

12.2 GARANZIA VIDEOCONSULTI SPECIALISTICI

12.2.1 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve:

- collegarsi alla *piattaforma online dedicata* tramite l'Area Riservata di Reale Mutua o l'APP Reale Mutua Mobile;
- indicare l'evento per cui si richiede il *videoconsulto* (*infortunio, malattia, sospetta patologia*) e fornire le ulteriori informazioni richieste nella *piattaforma*.

Resta inteso che l'*Assicurato*, nell'indicare l'evento per cui richiede il *videoconsulto*, è responsabile della veridicità di tale dichiarazione. In caso di richiesta da parte di Reale Mutua, l'*Assicurato* dovrà fornire tutte le informazioni e la documentazione medica necessaria.

- scegliere il *videoconsulto* tra quelli disponibili sulla *piattaforma*,
- selezionare ora e giorno in cui si vuole effettuare il *videoconsulto*.

Blue Assistance - verificata l'operatività della garanzia – procede alla conferma dell'appuntamento all'*Assicurato* con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.

SEZIONE ASSISTENZA



13. CHE COSA È ASSICURATO

13.1 ASSISTENZA – PRESTAZIONI A DOMICILIO

Le seguenti prestazioni sono erogabili presso la *residenza* o il domicilio abituale dell'Assicurato in Italia. Le prestazioni saranno attivabili dagli *Assicurati* presenti in *polizza*.

A INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria *residenza* nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico presso la *residenza*.

Qualora nessuno dei *medici convenzionati* con la *Centrale Operativa* sia immediatamente disponibile, la stessa organizzazione, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo nella più vicina *struttura sanitaria* mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

B INVIO DI UN PEDIATRA A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato richieda una visita pediatrica presso la propria *residenza* nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un pediatra presso la *residenza*.

Qualora nessuno dei pediatri *convenzionati* con la *Centrale Operativa* sia immediatamente disponibile, la stessa organizzazione, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo nella più vicina *struttura sanitaria* mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

La prestazione può essere richiesta per il/la figlio/a minore di 14 anni a carico, come risultante dallo stato di famiglia anagrafico, fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo.

C CONSEGNA FARMACI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica - la *Centrale Operativa* per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa* fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia, nonché gli estremi per il recapito.

La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua. A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.



14. CHE COSA NON È ASSICURATO

14.1 ESCLUSIONI

Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Il verificarsi di situazioni patologiche diverse da quelle sopra indicate non configura aggravamento del rischio.

L'assicurazione non vale per persone che, al momento della stipulazione della polizza, abbiano un'età superiore a 70 anni. Il limite di permanenza in assicurazione è fissato in 75 anni.

Reale Mutua non eroga le prestazioni e i servizi di assistenza previsti in polizza per:

- a) i ricoveri avvenuti anteriormente all'effetto della polizza;
- b) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- c) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione;
- d) le conseguenze dirette ed indirette di eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- e) le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) le conseguenze di atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- h) i ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in struttura sanitaria per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- i) le cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;
- j) le cure correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.



15. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Per potere usufruire delle prestazioni indicate all'art. 13 l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24 tutti giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri:

DALL'ITALIA



DALL'ESTERO

+39 011 742 55 55

- posta elettronica, all'indirizzo: assistenza@blueassistance.it

L'Assicurato dovrà comunicare:

- le proprie generalità;
- il numero di polizza;

- il tipo di prestazione richiesta;
- il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.

Qualora l'*Assicurato* non abbia contattato per qualsiasi motivo la *Centrale Operativa*, Reale Mutua non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla *Centrale Operativa* stessa.

15.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per attivare la garanzia l'*Assicurato* deve contattare immediatamente la *Centrale Operativa* e deve inoltre:

- fornire ogni informazione richiesta
- sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*
- produrre, se richiesto dalla *Centrale Operativa*, copia della *cartella clinica* completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

Reale Mutua ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto di far valere in qualunque momento e in ogni caso eventuali eccezioni.

Qualora l'*Assicurato* non abbia contattato per qualsiasi motivo la *Centrale Operativa*, Reale Mutua non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla *Centrale Operativa* stessa.

Nel caso in cui l'*Assicurato* venga autorizzato ad anticipare il costo delle prestazioni garantite in *polizza*, dovrà inoltrare alla *Centrale Operativa*, entro 30 giorni dalla data dell'evento:

- giustificativi di spesa, in originale;
- descrizione dell'evento occorso;
- documentazione attestante l'evento, in originale.

Nel caso in cui le prestazioni fornite dalla *Centrale Operativa* superino i *massimali* previsti o prevedano dei costi a carico dell'*Assicurato*, quest'ultimo deve concordare con la *Centrale Operativa* sufficienti salvaguardie di rimborso.

15.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

Reale Mutua non è tenuta a fornire alcun altro aiuto, in denaro o in natura, in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'*Assicurato* o per negligenza di questi.

Reale Mutua non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

15.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

Reale Mutua si riserva il diritto di chiedere all'*Assicurato* il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di *assistenza* che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di *assicurazione*.

APPENDICE 1 - GUIDA AL RIMBORSO

Nel caso in cui l'Assicurato effettui una prestazione non specificatamente indicata nella presente guida al rimborso, l'attribuzione della prestazione per la quale è richiesto il rimborso sarà stabilita con criterio analogico - secondo giudizio medico di *Blue Assistance* - con riferimento alla più simile tra le prestazioni elencate.

La presenza di una determinata prestazione nella presente guida al rimborso non garantisce automaticamente la sua indennizzabilità, per la quale occorre fare riferimento alle restanti Condizioni di Assicurazione.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	pag. 18
Cardiologia	pag. 18
Diagnostica per immagini	pag. 18
– Angiografia	pag. 18
– Ecografia	pag. 19
– Mineralometria - Densitometria ossea	pag. 19
– Radiologia tradizionale	pag. 19
– Risonanza Magnetica Nucleare	pag. 22
– Tomografia Assiale Computerizzata	pag. 22
Diagnostica vascolare	pag. 23
– Ultrasonografia doppler - Ecodoppler - Ecocolordoppler	pag. 23
Medicina Nucleare (scintigrafia)	pag. 24
– Apparato circolatorio	pag. 24
– Apparato digerente	pag. 24
– Apparato emopoietico	pag. 24
– Apparato osteo-articolare	pag. 24
– Apparato respiratorio	pag. 24
– Apparato urinario	pag. 24
– Fegato, vie biliari e milza	pag. 25
– Sistema nervoso centrale	pag. 25
– Tiroide e paratiroide	pag. 25
– Altri organi	pag. 25
Neurologia	pag. 25
Oculistica	pag. 26
Otorinolaringoiatria	pag. 27
Pneumologia	pag. 27
Allergologia	pag. 28
Esami cito/istologici/immunoistochimici	pag. 28
Prelievi	pag. 28
FISIOKINESITERAPIA	pag. 29

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	
CARDIOLOGIA	
cardiotocografia	30,00
e.c.g. di base	27,00
e.c.g. di base e dopo sforzo (test di master)	66,00
e.c.g. di base e dopo sforzo treadmill	66,00
e.c.g. dinamico secondo holter (24 h)	90,00
e.c.g. domiciliare	47,00
monitoraggio della pressione arteriosa dinamico continuo (24 h)	90,00
studio elettrofisiologico transesofageo diagnostico o terapeutico	300,00
test ergometrico (prova da sforzo con cicloergometro o al tappeto rotante) compreso onorario professionale	90,00
test ergometrico (prova da sforzo con cicloergometro o al tappeto rotante) con determinazione consumo di O2 compreso onorario professionale	110,00
tilt test	150,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	
angiografia	
angiografia carotidea o vertebrale intracranio	800,00
angiografia midollare (1 distretto)	520,00
angiografia midollare (2 distretti)	730,00
angiografia midollare (3 distretti o completa)	830,00
arteriografia aorta addominale o aorta toracica	850,00
arteriografia aorta addominale + arteriografia selettiva	1.100,00
arteriografia aorta addominale + iliaca ed arti inferiori	1.100,00
arteriografia arco aortico e vasi epiaortici	770,00
arteriografia arco aortico, vasi epiaortici e aorta toracica (compresi arti superiori)	930,00
arteriografia arto inferiore monolaterale (unico esame)	500,00
arteriografia iliaca e arterie femorali compresi arti inferiori	850,00
arteriografia polmonare	620,00
arteriografia polmonare e cavografia	630,00
arteriografia total body dell'aorta (distretto sopraortico-toracico-addominale)	1.300,00
cavografia inferiore o superiore	630,00
controllo tips	380,00
flebografia arti superiori e cavografia	630,00
flebografia arti superiori o inferiori	360,00
flebografia dell'orbita	260,00
flebografia di un arto	260,00
flebografia ovarica monolaterale	300,00
flebografia ovarica bilaterale	515,00
flebografia spermatica monolaterale	515,00
flebografia spermatica bilaterale	620,00
flebografia spinale	430,00
linfografia	300,00
panangiografia cerebrale	1.700,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
ecografia	
ecografia addominale inferiore-pelvi (esame completo)	65,00
ecografia addominale superiore (esame completo)	75,00
ecografia addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo)	90,00
ecografia ciclo ovulatorio (fino ad 8 esami)	230,00
ecocardiogramma doppler o colordoppler transesofageo	255,00
ecocardiogramma m mode 2d	76,00
ecocardiocolordoppler fetale	115,00
ecocardiogramma m mode 2d doppler e colordoppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)	120,00
ecocardiogramma m mode 2d e doppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)	100,00
ecografia endobronchiale	670,00
ecografia in gravidanza per patologia materna	90,00
ecografia fegato e vie biliari - ghiandole salivari bilaterali - grossi vasi - intestinale - linfonodi mono/bilaterali - mammaria monolaterale o bilaterale - mediastinica o emitoracica - milza - muscolare, tendinea o articolare - oculare e orbitaria- pancreatica - parti molli - pelvica (utero, annessi e vescica) - peniena -prostatica e vescicale, sovrapubica - renale e surrenale bilaterale - testicolare (bilaterale) - tiroidea e paratiroidi - vescicale (compreso eventuale uso del mezzo di contrasto)	55,00
isterosonosalingografia o sonosalpingografia (compreso mezzo di contrasto)	120,00
ecografia prostatica e vescicale o anale e rettale, transrettale	80,00
ecografia renale, surrenale bilaterale e vescica	62,00
ecografia scrotale ed inguinale per ricerca testicolo ritenuto	77,00
ecografia transesofagea per gastroenterologia	150,00
ecografia transfontanellare encefalica	100,00
ecografia transvaginale con eventuale colordoppler	65,00
ecografia vescicale perminzionale o intracavitaria transuretrale	100,00
mineralometria - densitometria ossea	
densitometria lombare con t.c. compresa eventuale morfometria	70,00
densitometria total body compresa eventuale morfometria	70,00
mineralometria ossea computerizzata (un segmento) compresa eventuale morfometria	52,00
mineralometria ossea computerizzata (più segmenti o total body) compresa eventuale morfometria	75,00
radiologia tradizionale	
rx addome: esame diretto	38,00
rx apparato genitale femminile, esame diretto	38,00
rx apparato genitale maschile, esame diretto	42,00
rx apparato urinario, esame diretto	38,00
rx arti ed articolazioni: omero, gomito, avambraccio, femore, ginocchio, gamba, anca	36,00
rx arti ed articolazioni: polso, mano, caviglia, piede, dita	30,00
rx arti inferiori sotto carico con bacino	82,00
rx articolazione temporo-mandibolare, esame diretto	34,00
rx artrografia	130,00
rx artrografia articolazione temporo-mandibolare monolaterale	90,00
rx artrografia articolazione temporo-mandibolare bilaterale (comparativa)	125,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
rx bacino	36,00
rx broncografia, monolaterale o bilaterale	170,00
rx cavernosografia	120,00
rx cavernosografia con manometria	180,00
rx cistografia	90,00
rx cistografia con doppio contrasto	110,00
rx cistouretrografia minzionale	135,00
rx clavicola	36,00
rx clisma opaco con doppio contrasto	134,00
rx colangiografia attraverso tubo di kehr o post operatoria	70,00
rx colangiografia endovenosa (con eventuali prove farmacologiche)	120,00
rx colangiografia percutanea	290,00
rx colangiografia retrograda	187,00
rx colangiopancreatografia diagnostica (ercp - endoscopic retrograde cholangiopancreatography)	420,00
rx colecistografia per os con o senza prova di bronner	70,00
rx colonna vertebrale cervicale, dorsale, lombosacrale, sacrococcigea (per tratto)	40,00
rx colonna vertebrale completa	80,00
rx colonna vertebrale completa più bacino sotto carico	90,00
rx colonna vertebrale, esame morfometrico (per tratto)	36,00
rx colpo-cisto-defecografia	150,00
rx corpi estranei, localizzazione	36,00
rx cranio e/o seni paranasali	45,00
rx dacriocistografia	120,00
rx defecografia	125,00
rx derivazioni liquorali, controllo radiologico	26,00
rx determinazione diametri pelvici	36,00
rx emimandibola	30,00
rx esame radiologico a domicilio del paziente (oltre l'esame)	110,00
rx esofago con contrasto opaco	60,00
rx esofago con doppio contrasto	70,00
rx età ossea (mano e polso o ginocchio, etc.)	24,00
rx faringe: esame diretto	30,00
rx faringografia opaca	80,00
rx fistolografia	120,00
rx forami ottici	38,00
rx galattografia	120,00
rx ghiandole salivari, esame diretto	38,00
rx ginocchio sotto carico	36,00
rx isterosalpingografia (compreso esame diretto)	150,00
rx laringe, esame diretto	33,00
rx laringografia opaca	90,00
rx mammografia monolaterale	58,00
rx mammografia bilaterale	78,00
rx mastoide	40,00
rx mielografia cervicale o dorsale	220,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
rx orbita, esame diretto	36,00
rx ossa nasali, esame diretto	36,00
rx piedi sotto carico	42,00
rx pielografia retrograda monolaterale	120,00
rx pielografia retrograda bilaterale	150,00
rx pielografia transpielostomica	75,00
rx pielouretrografia percutanea	200,00
rx pneumocistografia mammaria	90,00
rx radicolografia	180,00
rx regione vescicale, esame diretto	38,00
rx rocche petrose	36,00
rx rotula	30,00
rx rotula assiali a 30°, 60°, 90°	55,00
rx scapola	33,00
rx scheletro toracico costale monolaterale	38,00
rx scheletro toracico costale bilaterale	57,00
rx scialografia	92,00
rx sella turcica, esame diretto	30,00
rx spalla	33,00
rx spalla sotto carico	40,00
rx sterno	38,00
rx stomaco con doppio contrasto	110,00
rx stomaco, duodeno	77,00
rx stratigrafia a bocca aperta e chiusa della a.t.m., monolaterale	65,00
rx stratigrafia a bocca aperta e chiusa della a.t.m., bilaterale	80,00
rx stratigrafia a riposo della laringe e con fonazione	80,00
rx stratigrafia del mediastino	80,00
rx stratigrafia del torace, monolaterale	80,00
rx stratigrafia del torace, bilaterale	90,00
rx stratigrafia di qualsiasi distretto o segmento anatomico, salvo i casi descritti	78,00
rx studio dei tempi di transito intestinale	110,00
rx studio selettivo ultima ansa	50,00
rx telecuore con esofago baritato	47,00
rx teleradiografia del cranio (qualsiasi numero di proiezioni)	39,00
rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo	200,00
rx tenue, esame seriato	140,00
rx tessuti molli, esame diretto	38,00
rx tiroide, esame diretto	38,00
rx tiroide, esofagogramma cervicale	45,00
rx torace tradizionale o equalizzato e/o telecuore	35,00
rx trachea, esame diretto	24,00
rx tubo digerente: prime vie (esofago, stomaco, duodeno)	104,00
rx tubo digerente: seconde vie (tenue, colon)	85,00
rx tubo digerente: completo (stomaco, duodeno, colon, esofago)	150,00
rx uretrocistografia ascendente e minzionale	135,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
rx urografia (esame completo)	200,00
rx vasi, esame diretto	30,00
rx vescicolo deferentografia	217,00
risonanza magnetica nucleare	
uso di qualsiasi mezzo di contrasto	78,00
angio r.m. (qualsiasi distretto vascolare - a distretto, salvo i casi descritti)	340,00
angio r.m. circolo endocranico	340,00
angio r.m. di 1 o 2 arti superiori o inferiori	340,00
angio r.m. tronchi sovraortici (di 1 o 2 tronchi sovraortici)	340,00
atm mono o bilaterale	200,00
cine r.m. (come studio funzionale di articolazioni, qualunque distretto)	400,00
colangio e/o wirsung rmn	265,00
r.m. addome superiore e inferiore - pelvi	310,00
r.m. addome superiore o inferiore - pelvi	260,00
r.m. articolazione ed 1 segmento osseo (ginocchio - spalla - gomito - collo piede - etc.)	165,00
r.m. ogni articolazione e segmento osseo oltre al primo	80,00
r.m. bacino o collo o laringe o faringe o cranio o ipofisi o nervi acustici o mammella bilaterale o massiccio facciale o torace e mediastino	220,00
r.m. cuore	350,00
r.m. con bobina endorettale, compresa spettroscopia	330,00
r.m. fetale	280,00
r.m. rachide e midollo spinale (1 tratto)	200,00
r.m. rachide e midollo spinale (2 tratti)	340,00
r.m. rachide e midollo spinale (3 tratti)	410,00
r.m. total body: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi	480,00
scialo-r.m.	240,00
studio dei flussi liquorali cerebrali	450,00
uro-r.m.	250,00
tomografia assiale computerizzata	
uso di qualsiasi mezzo di contrasto	78,00
angio t.c. di qualsiasi distretto - a distretto vascolare con eventuale ricostruzione 3d - salvo i casi descritti	210,00
angio t.c. aorta addominale (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. aorta addominale e arterie arti inferiori (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. aorta toracica (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. aorta toracica e addominale (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. arterie renali o vasi splanchnici (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. di 1 o 2 arti superiori o inferiori (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. circolo endocranico (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. del cuore (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. delle arterie coronarie (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. torace (arterie o vene polmonari) (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. tronchi sovraortici (di 1 o 2 tronchi sovraortici) (compreso mezzo di contrasto)	250,00
artrotac o t.c. distretti articolari/segmenti ossei	150,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
dentascan: 1 arcata	110,00
dentascan: 2 arcate	160,00
mielo t.c.: 1 tratto colonna vertebrale	270,00
mielo t.c.: 2 tratti colonna vertebrale	315,00
mielo t.c.: 3 tratti colonna vertebrale	450,00
o.c.t. - tomografia a coerenza ottica	87,00
scialo-t.c.	150,00
t.c. addome inferiore per endoscopia virtuale della vescica	230,00
t.c. addome superiore e inferiore - pelvi	230,00
t.c. bacino e sacro	145,00
t.c. colonna vertebrale: 1 segmento con un minimo di 3 spazi intersomatici	145,00
t.c. colonna vertebrale: 2 segmenti (cervicale e dorsale o lombosacrale e sacrococcigeo)	200,00
t.c. colonna vertebrale: 3 segmenti (cervicale e dorsale e lombosacrale o sacrococcigeo)	250,00
t.c. cranio e/o orbite, sella turcica, rocche petrose, mastoidi, orecchio	140,00
tc mascellare con elaborazione computerizzata superiore o inferiore (vitrea)	140,00
t.c. torace o addome superiore o inferiore - pelvi	180,00
t.c. total body: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi	400,00
uro - t.c.	180,00
t.c./pet (compreso radiofarmaco)	760,00
DIAGNOSTICA VASCOLARE	
ultrasonografia doppler - ecodoppler - ecocolordoppler	
arti superiori o inferiori (bilaterale): doppler	55,00
arti superiori o inferiori (bilaterale): ecodoppler	70,00
arti superiori o inferiori (bilaterale): ecocolordoppler	90,00
arti superiori e inferiori (quattro arti): doppler	80,00
arti superiori e inferiori (quattro arti): ecodoppler	92,00
arti superiori e inferiori (quattro arti): ecocolordoppler	105,00
ecocolordoppler di qualsiasi altro distretto o segmento vascolare arterioso-venoso non descritto	80,00
fibroscan (compresa ecografia epatica)	70,00
penieno o testicolare: doppler	75,00
penieno o testicolare: ecodoppler	85,00
penieno o testicolare: ecocolordoppler	95,00
tiroide: ecocolordoppler	80,00
transcranico completo: ecodoppler	70,00
transcranico completo: ecocolordoppler	90,00
transcranico completo: doppler con analisi spettrale	60,00
tronchi sovraortici: doppler	65,00
tronchi sovraortici: ecodoppler	75,00
tronchi sovraortici: ecocolordoppler	85,00
viscerale: doppler	40,00
viscerale: ecodoppler	76,00
viscerale: ecocolordoppler	85,00
MEDICINA NUCLEARE (SCINTIGRAFIA)	

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
apparato circolatorio	
angiocardioscintigrafia di primo passaggio	100,00
angiocardioscintigrafia all'equilibrio	125,00
angioscintigrafia distretti arteriosi o venosi	120,00
scintigrafia del miocardio a riposo (spect)	235,00
scintigrafia del miocardio a riposo (planare)	235,00
scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (pet)	750,00
scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (planare)	360,00
scintigrafia del miocardio per l'identificazione del miocardio vitale mediante reiniezione	190,00
scinti o tomo scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (spect)	410,00
studio della funzione ventricolare globale e regionale (gated-spect)	130,00
apparato digerente	
ricerca di mucosa gastrica ectopica	80,00
scintigrafia delle ghiandole salivari	100,00
studio scintigrafico del transito esofago-gastro-duodenale	150,00
valutazione delle gastro enterorragie	105,00
apparato emopoietico	
determinazione del tempo di sopravvivenza delle emazie	180,00
determinazione del volume plasmatico e del volume eritrocitario	52,00
determinazione della cinetica piastrinica	260,00
determinazione dell'assorbimento intestinale della vitamina b12 (test di schilling)	90,00
linfoscintigrafia segmentaria	210,00
misura dell'assorbimento o della permeabilità intestinale	60,00
studio completo della ferrocinetica	145,00
apparato osteo-articolare	
scintigrafia globale corporea (pet)	950,00
scintigrafia globale scheletrica	170,00
scintigrafia ossea o articolare polifasica segmentaria	110,00
scintigrafia ossea o articolare segmentaria	95,00
apparato respiratorio	
scintigrafia polmonare con indicatore positivo	170,00
scintigrafia polmonare perfusionale (planare)	120,00
scintigrafia polmonare perfusionale (spect)	120,00
scintigrafia polmonare ventilatoria	230,00
apparato urinario	
cistoscintigrafia diretta	82,00
scintigrafia renale con dmsa (planare)	85,00
scintigrafia renale con dmsa (spect)	200,00
scintigrafia renale sequenziale con tracc. a rapida escrezione ed elaborazione e valutazione parametri semiquantitativi e/o quantitativi e misura del filtrato glomerulare	185,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
fegato e vie biliari e milza	
scintigrafia epatica (spect)	180,00
scintigrafia epatica con indicatore positivo (planare)	140,00
scintigrafia epatica con indicatore positivo (spect)	190,00
scintigrafia epato-biliare sequenziale	120,00
scintigrafia epatosplenica (planare)	120,00
scintigrafia epatosplenica con flussimetria e clearance kuppferiana	140,00
scintigrafia splenica con emazie autologhe	80,00
sistema nervoso centrale	
scintigrafia cerebrale (planare)	120,00
scintigrafia cerebrale (spect)	310,00
scintigrafia cerebrale planare con angioscintigrafia	130,00
scintigrafia cerebrale qualitativa (pet)	635,00
scintigrafia cerebrale quantitativa (pet)	950,00
scintigrafia del midollo osseo corporeo totale	85,00
tiroide e paratiroide	
captazione tiroidea	57,00
scintigrafia delle paratiroidi (inclusa scintigrafia tiroidea)	180,00
scintigrafia tiroidea	85,00
scintigrafia tiroidea con indicatore positivo	200,00
scintigrafia globale corporea per ricerca metastasi tumori tiroidei	220,00
altri organi	
immunoscintigrafia	510,00
ricerca di focolai flogistici con leucociti autologhi marcati	400,00
ricerca linfonodo sentinella (chirurgia radioguidata)	220,00
scintigrafia dell'apparato genitale maschile	155,00
scintigrafia globale corporea per localizzazione neoplastica con indicatori positivi	420,00
scintigrafia mammaria bilaterale	170,00
scintigrafia surrenale	320,00
tac/pet - compreso radioisotopo	750,00
NEUROLOGIA	
brain mapping	100,00
cura del sonno (terapia completa)	250,00
elettroencefalogramma	70,00
elettroencefalogramma con sonno farmacologico	160,00
elettroencefalogramma dinamico 24 ore	240,00
elettromiografia completa senza distinzione di segmento	70,00
elettroencefalografia con velocità di conduzione motoria e sensitiva (per arto)	30,00
elettroshock con narcosi e spasmolisi (ogni applicazione)	95,00
esame elettrodiagnostico cronassimetrico (per arto)	20,00
esame elettrodiagnostico semplice (per arto)	20,00
polifisiografia del sonno (1 ciclo)	130,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
polifisiografia del sonno (intera notte)	190,00
potenziali evocati (baers - pes - pev)	70,00
potenziali evocati motori per stimolazione magnetica corticale	70,00
potenziali evocati multimodali	115,00
shock insulinico	75,00
shock con altri mezzi medicamentosi	40,00
studio neurofisiologico del pavimento pelvico	180,00
studio riflessologico del tronco dell'encefalo (blink-reflex, riflessi mandibolari e studio dei periodi silenti massetere)	65,00
test afasie (diagnostica delle afasie)	76,00
test alla l-dopa per diagnosi di m. di parkinson	95,00
test di desmedt (o di stimolazione ripetitiva) per miastenia gravis	70,00
OCULISTICA	
biometria ottica no-contact (interferometria laser)	85,00
biomicroscopia ad ultrasuoni (ubm)	45,00
campimetria cinetica o statica - perimetria	45,00
campimetria computerizzata (vcp)	52,00
conta cellule endoteliali (salvo i casi descritti)	45,00
ecobiometria (cristallino)	45,00
elettromiografia	67,00
elettronistagmografia	55,00
elettrooculogramma (eog)	50,00
elettroretinogramma	55,00
esame ortottico completo (ortottista)	43,00
esercizi ortottici (a seduta) (ortottista)	25,00
fluorangiografia del segmento anteriore	115,00
fluorangiografia della retina con fluoescina	125,00
fluorangiografia della retina con verde indocianina	130,00
fluorangioscopia, angioscopia del segmento anteriore, tempo di circolo della fluoescina	100,00
fotografia del fondo o del segmento anteriore a colori o bianco e nero	20,00
heidelberg retina tomography (oftalmoscopia laser confocale) con analisi morfometrica del nervo ottico	82,00
gdx (scanning laser polarimetria retinica)	50,00
gonioscopia	20,00
microperimetria	45,00
oftalmodinamometria	25,00
pachimetria corneale	40,00
potenziali evocati visivi	70,00
pupillografia	30,00
retinografia	30,00
retinoscopia	100,00
s.c.o. (esame del disco ottico e delle fibre nervose retiniche)	60,00
tonografia e test di provocazione	35,00
tonometria, orbitotonometria (se unico atto medico; diversamente compreso nella visita)	32,00
topografia corneale	52,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
valutazione flusso ematico oculare (obf)	50,00
valutazione nicotomeraie pressione oculare (curva tonometrica)	50,00
OTORINOLARINGOIATRIA	
acufenometria	15,00
elettrococleografia (ecog)	85,00
esame audiometrico per adattamento protesico	25,00
esame audiometrico tonale e vocale	30,00
esame foniatrico (logopedista)	40,00
esame vestibolare con registrazione v.n.g. (video nistagmografia)	50,00
esame vestibolare con registrazione v.n.s. (video nistagmoscopia)	50,00
esame vestibolare con registrazione v.n.s. (video nistagmoscopia) e v.n.g. (video nistagmografia)	85,00
esame vestibolare con stimolazione pendolare	45,00
esame vestibolare con stimolazione rotatoria	55,00
esame vestibolare con stimolazione termica	33,00
esame vestibolare con stimolazione termica e rotatoria	60,00
esame vestibolare con stimolazione termica, pendolare e rotatoria	62,00
esercizi foniatrici (a seduta) (logopedista)	25,00
gustometria	10,00
impedenzometria	25,00
insufflazioni endotimpaniche (non eseguite in stabilimenti termali)	10,00
irrigazioni nasali (non eseguite in stabilimenti termali)	8,00
manovre liberatorie per canalicolitiasi	25,00
olfattometria	25,00
potenziali evocati acustici	60,00
rinomanometria (anteriore e posteriore)	40,00
stabilometria dinamica	60,00
stabilometria statica	35,00
PNEUMOLOGIA	
aerosolterapia (non eseguite in stabilimenti termali)	7,00
broncoistillazione-broncoaspirazione	40,00
capnografia	20,00
compliance polmonare statica e dinamica	45,00
esercizi respiratori ed altre procedure (drenaggio) (a seduta)	13,00
ossimetria arteriosa (pao2 o sao2)	10,00
pletismografia corporea (misura vgt, resistenze, volumetria)	70,00
pletismografia induttiva toracica	50,00
pneumotacografia (curva flusso-volume) (unica prova)	30,00
pneumotacografia di base e dopo test di broncocostrizione/dilatazione (unica prova)	50,00
respirazione a pressione positiva intermittente	7,00
spirometria semplice (con vitalograph)	32,00
spirometria con prova da sforzo	50,00
spirometria con prova da sforzo e test di diffusione	77,00
spirometria con prova da sforzo ed ossimetria continua	90,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
spirometria con test di diffusione e coefficiente di duttanza polmonare	50,00
spirometria con test farmaco-dinamici	70,00
spirometria con volume residuo	40,00
spirometria separata (broncospirometria)	115,00
test di diffusione in "steady state"	30,00
test di diffusione in respiro singolo	30,00
test di diffusione sotto sforzo	55,00
test di duttanza polmonare	40,00
ventiloterapia (a seduta)	17,00
ALLERGOLOGIA	
immunoterapia specifica iniettiva o immunoterapia specifica con veleno di imenotteri	11,00
patch test - serie girdca (a lettura immediata - qualsiasi numero di apteni)	65,00
prick test per inalanti ed alimenti (a lettura immediata - qualsiasi numero di allergeni) o prick test ed intra-dermoreazioni scalari per veleno di imenotteri	50,00
test di provocazione congiuntivale allergene specifico o nasale allergene specifico o bronchiale allergene specifico (qualsiasi numero di allergeni) o bronchiale aspecifico (metacolina, istamina, etc.)	40,00
test di tolleranza iniettivo per anestetici locali o anestetici generali (qualsiasi numero di farmaci) o per betalattamine (con catene laterali o per penicilline) o per altri farmaci	55,00
test di tolleranza orale per farmaci (qualsiasi numero di farmaci) o per alimenti (qualsiasi numero di alimenti) o per additivi alimentari e farmacologici (qualsiasi numero di additivi)	35,00
ESAMI CITO/ISTOLOGICI/IMMUNOISTOCHEMICI	
citologico (striscio) per ricerca batteriologica vaginale (unico esame)	15,00
citologico per diagnostica ormonale	10,00
citologico per diagnostica tumorale (broncoaspirato, espettorato, liquidi sinoviali o liquidi biologici, salvo urine)	50,00
citologico per diagnostica tumorale (pap test) o citologico endocervicale - più striscio batteriologico vaginale	20,00
citologico per diagnostica tumorale urine (1 campione)	30,00
citologico per diagnostica tumorale urine (3 campioni)	56,00
citologico su agoaspirati mammari, tiroidei o linfoghiandolari	50,00
citologico testicolare	37,00
immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche, per singolo anticorpo usato (citocheratina, vimentina, ema, s-100, hmb45, gfap-1)	45,00
immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche: ogni anticorpo successivo al primo	24,00
immunofenotipo di popolazioni linfocitarie per diagnosi di linfoma	250,00
immunoistochimica su paraffina: estrogeni o progesterone o indici di proliferazione cellulare	45,00
PRELIEVI	
prelievo arterioso a domicilio	25,00
prelievo venoso o capillare a domicilio	14,00
prelievo di succo duodenale	30,00
prelievo di succo gastrico	25,00
prelievo prostatico a domicilio	28,00
prelievo rettale a domicilio	18,00
prelievo secrezione uretrale o vaginale a domicilio	18,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
FISIOKINESITERAPIA	
Per distretto anatomico si intende l'intera colonna vertebrale o gli arti superiori o gli arti inferiori. le tariffe sono omni-comprehensive dei materiali d'uso e medicinali.	
Le voci con "manu medica" devono essere effettuate da medico-chirurgo abilitato nella comunità europea.	
Riabilitazione	
rieducazione cardiopatici (a seduta)	14,00
rieducazione neuromotoria (a seduta)	14,00
Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)	
diatermia onde corte/microonde (marconi o radarterapia o onde d'urto radiali)	7,00
elettroterapia antalgica (diadinamiche o tens)	7,00
elettroterapia di muscoli normo o denervati (elettrostimolazioni, faradica, galvanica, idrogalvanica, interferenziale)	7,00
hilterapia	11,00
irradiazione infrarossa	7,00
ionoforesi	7,00
ipertermia segmentaria	9,00
laserterapia antalgica	11,00
magnetoterapia	10,00
pressoterapia o presso - depressoterapia intermittente	9,00
tecarterapia	10,00
terapia a luce ultravioletta o applicazione puva	7,00
ultrasonoterapia	7,00
Kinesiterapia (terapia di movimento)	
agopuntura (manu medica)	18,00
esercizi assistiti in acqua	12,00
esercizi con attrezzature per isocinetica	14,00
esercizi posturali	7,00
rieducazione motoria	8,00
manipolazioni vertebrali o chiroterapia (manu medica)	17,00
massoterapia	7,00
massoterapia distrettuale - riflessogena (manu medica)	9,00
mobilizzazioni articolari	8,00
mobilizzazioni vertebrali	9,00
terapia occupazionale	12,00
trazioni vertebrali meccaniche o meccanoterapia	8,00
chinesiterapia attiva o passiva	8,00
riabilitazione pelvi-perineale (omnicomprensiva)	17,00

APPENDICE 2 – GLOSSARIO GIURIDICO

Si riportano i seguenti articoli del Codice civile per la consultazione, per tutto quanto non è richiamato di seguito valgono le norme della legge italiana.

ART. 1892 CODICE CIVILE DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

ART. 1893 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

ART. 1894 ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.

ART. 1910 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

ART. 1920 ASSICURAZIONE A FAVORE DI UN TERZO

È valida l'assicurazione sulla vita a favore di un terzo.

La designazione del beneficiario può essere fatta nel contratto di assicurazione, o con successiva dichiarazione scritta comunicata all'assicuratore, o per testamento; essa è efficace anche se il beneficiario è determinato solo genericamente. Equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona.

Per effetto della designazione il terzo acquista un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

ART. 1923 DIRITTI DEI CREDITORI E DEGLI EREDI

Le somme dovute dall'assicuratore al contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni.

ART. 1924 MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI

Se il contraente non paga il premio relativo al primo anno, l'assicuratore può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il premio è ripartito in più rate, fermo restando il disposto dei primi due commi dell'art. 1901; in tal caso il termine decorre dalla scadenza delle singole rate.

Se il contraente non paga i premi successivi nel termine di tolleranza previsto dalla polizza o, in mancanza, nel termine di venti giorni dalla scadenza, il contratto è risolto di diritto, e i premi pagati restano acquisiti all'assicuratore, salvo che sussistano le condizioni per il riscatto dell'assicurazione o per la riduzione della somma assicurata.

ART. 1926 CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE DELL'ASSICURATO

I cambiamenti di professione o di attività dell'assicurato non fanno cessare gli effetti dell'assicurazione, qualora non aggravino il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione.

Qualora i cambiamenti siano di tale natura che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo del contratto, l'assicuratore avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, il pagamento della somma assicurata è ridotto in proporzione del minor premio convenuto in confronto di quello che sarebbe stato stabilito.

Se l'assicurato dà notizia dei suddetti cambiamenti all'assicuratore, questi, entro quindici giorni, deve dichiarare se intende far cessare gli effetti del contratto ovvero ridurre la somma assicurata o elevare il premio.

Se l'assicuratore dichiara di voler modificare il contratto in uno dei due sensi su indicati, l'assicurato, entro quindici giorni successivi, deve dichiarare se intende accettare la proposta.

Se l'assicurato dichiara di non accettare, il contratto è risolto, salvo il diritto dell'assicuratore al premio relativo al periodo di assicurazione in corso e salvo il diritto dell'assicurato al riscatto. Il silenzio dell'assicurato vale come adesione alla proposta dell'assicuratore.

Le comunicazioni e dichiarazioni previste dai commi precedenti possono farsi anche mediante raccomandata.

ART. 2952 PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'Assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

**Servizio Clienti
Buongiorno Reale**

800 320 320

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20
buongiorno reale@realemutua.it

**Assistenza stradale,
per l'abitazione e la salute**

800 092 092

24 ore su 24
7 giorni su 7

IL TUO AGENTE REALE



Mod. 5164 MAL



REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

Società Reale Mutua di Assicurazioni - Fondata nel 1828 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello, 11 10122 Torino (Italia) - Tel. +39 011 4311111 - Fax +39 011 4350966 - realemutua@pec.realemutua.it
www.realemutua.it - Registro Imprese Torino, Codice Fiscale 00875360018 - N. Partita IVA 11998320011 - R.E.A. Torino N. 9806 - Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione - Capogruppo di Reale Group, iscritto al N. 006 dell'Albo delle società capogruppo.