



Edizione Giugno 2016



# Piano Sanitario PienaSalute 200

---

## Chi è SEB SMS

---

**SEB Salute e Benessere** è una **Società di Mutuo Soccorso** nata allo scopo di svolgere attività di solidarietà esclusivamente per i Soci e tra i Soci, in tutte le forme e modalità consentite dalla legge e nel rispetto dei principi della **mutualità**, dello **sviluppo della personalità umana** e della **tutela sociale** per i diritti e per l'organizzazione dell'auto-aiuto tra i cittadini.

SEB non ha scopo di lucro: il suo fine è quello di erogare ai suoi Soci servizi di **assistenza previdenziale economica e sanitaria**, ad integrazione delle prestazioni previste dalle vigenti legislazioni in materia.

L'invecchiamento della popolazione e l'allungamento della vita media degli individui sono fenomeni sociali irreversibili, con ripercussioni di natura economica, che richiedono la predisposizione di prestazioni assistenziali pubbliche o private in caso di bisogno.

In risposta ai bisogni concreti della collettività SEB garantisce ai propri Soci diversi livelli di **prestazioni integrative, complementari e sostitutive** a quelle pubbliche o di altri enti di Sanità Integrativa.

SEB accompagna i propri Soci verso la Salute e il Benessere con prestazioni di medicina preventiva. Si prende **cura** del singolo e dell'intero nucleo familiare attraverso percorsi di **educazione sanitaria** al fine di diffondere e rafforzare l'abitudine alla **prevenzione**.

## PienaSalute 200

---

**SEB SMS** ha realizzato il Piano Sanitario **PienaSalute 200**.

Le prestazioni sono valide per i Soci residenti in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano al momento dell'adesione o dell'eventuale rinnovo; qualora vi sia una variazione in corso d'anno, le prestazioni saranno operanti sino alla scadenza dello stesso; in caso di adesione del nucleo familiare, qualunque Socio facente parte del medesimo nucleo ed indicato nel modulo di adesione può senza interruzione di continuità rinnovare l'adesione a proprio nome.

Nell'ottica di erogare al meglio i servizi ai propri Soci e di rendere trasparenti le prestazioni oggetto del presente Piano Sanitario, **SEB** intende applicare il principio per cui, in caso di interpretazioni divergenti, si rende disponibile a valutare unitamente al Socio l'applicazione più favorevole

# Prestazioni offerte

	Tipo di prestazione	Prestazione in sintesi		
 <p><b>MEDICINA E CURE</b></p>	<b>Ricoveri con o senza intervento</b>	Rimborso 70% in strutture convenzionate Rimborso 50% in strutture non convenzionate	€ 200.000,00 Massimale annuo	
		Quota minima a carico € 2.000		
		Diaria giornaliera sostitutiva del rimborso	€ 50,00 al giorno massimo 30 giorni	
	<b>Spese pre/post ricovero</b>	Rimborso spesa	60 giorni precedenti al ricovero 90 giorni successivi al ricovero	
	<b>Extraospedaliere</b>	<b>Plafond € 500,00</b> di cui:		
		<b>Prestazioni di Alta Specializzazione</b>		€ 300,00 rimborso 70% in strutture convenzionate minimo a carico del Socio € 30
		<b>Lenti</b>		€ 150,00 rimborso 50% della spesa
	<b>Ticket</b>		€ 150,00 rimborso 50% della spesa	
<b>Protesi anatomiche e acustiche</b>	<b>Rimborso spesa</b>		€ 500,00 rimborso 50% della spesa	

 <p><b>PREVENZIONE</b></p>	<p><b>Accertamenti di medicina preventiva</b></p>	<p>€150,00 in strutture convenzionate</p>
 <p><b>ODONTOIATRIA</b></p>	<p><b>Prevenzione orale: detartrasi</b></p>	<p>€ 100,00 in strutture convenzionate</p>
	<p><b>Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, implantologia, cure conservative</b></p>	<p>Tariffe agevolate in strutture convenzionate</p>

# Decorrenza delle prestazioni

 <p>MEDICINA E CURE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• per gli infortuni dalle ore 24 del giorno in cui ha effetto l'adesione;</li> <li>• per le malattie dal 180° giorno in cui ha effetto l'adesione; a partire dal 181° e fino al 365° la copertura è al 50% di quanto garantito dal Piano Sanitario;</li> <li>• per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal 300° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione;</li> <li>• per l'aborto terapeutico o spontaneo post-traumatico, la garanzia è operante soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'adesione.</li> </ul>
 <p>PREVENZIONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dal momento dell'adesione.</li> </ul>
 <p>ODONTOIATRIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dal momento dell'adesione.</li> </ul>

Qualora la copertura sia stata emessa in sostituzione di altro Piano Sanitario di SEB, essa opera senza interruzione della copertura (senza soluzione di continuità) e i termini di aspettativa/carenza di cui sopra operano in forma retroattiva dal giorno in cui aveva avuto effetto l'adesione sostituita.

# Fino a quando si può beneficiare

 <p>MEDICINA E CURE</p>	Le prestazioni sono operanti fino al 31 dicembre dell'anno del compimento del 75° anno di età
 <p>PREVENZIONE</p>	Le prestazioni sono operanti fino al 31 dicembre dell'anno del compimento del 75° anno di età.
 <p>ODONTOIATRIA</p>	Le prestazioni si intendono operanti senza limiti di età.

# Dove

---

 <p><b>MEDICINA E CURE</b></p>	<p>La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento in Euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.</p>
 <p><b>PREVENZIONE</b></p>	<p>La copertura è operante nel territorio italiano relativamente alle strutture convenzionate.</p>
 <p><b>ODONTOIATRIA</b></p>	<p>La copertura è operante nel territorio italiano relativamente alle strutture convenzionate.</p>

# Come accedere alle prestazioni

Le prestazioni possono essere erogate nelle seguenti forme:

- **Dirette:** Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati;
- **Indirette:** Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati;
- **Miste:** Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati;
- **Servizio Socio Sanitario Nazionale:** Utilizzo di strutture del S.S.N.

## Cosa fare per usufruirne

L'evento oggetto di copertura deve essere denunciato a SEB da parte del Socio o dai suoi aventi diritto non appena ne abbiano la possibilità e comunque entro 6 mesi dall'evento stesso.

Il diritto alla richiesta di rimborso si prescrive nel termine di due anni decorrente dalla data in cui si è verificato l'evento. Il tutto in applicazione di disciplina e termini indicati nel Regolamento.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico del Socio.

Il Socio, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici indicati da SEB e qualsiasi indagine o accertamento che SEB ritenga necessari; pertanto, questi dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici e, inoltre, si dovrà fornire a SEB ogni documento, fattura, notule, referto che permettano la corretta valutazione della pratica di rimborso/indennizzo.

Potrà essere richiesta ulteriore documentazione che il Socio sarà tenuto a trasmettere entro 2 mesi dalla richiesta. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità. In seguito alla valutazione della documentazione pervenuta si procederà all'erogazione dell'indennità.

## Prestazioni dirette

Prima di un ricovero, prima di essere sottoposto ad un intervento chirurgico o, ancora, prima di una prestazione extraospedaliera, il Socio deve contattare preventivamente la Centrale Salute per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione provvisoria ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta, con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi, telefonando al Numero Verde:

**800 978 409**

+39 0141.32.45.37 dall'Estero  
dal Lunedì al Venerdì dalle 08,30 alle 17,30.

L'autorizzazione è provvisoria in quanto è comunque subordinata all'esame di tutta la documentazione richiesta dalla Centrale Salute.

Il Socio dovrà fornire alla Centrale Salute le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
-

- data della prestazione;
- documentazione sanitaria relativa alla prestazione.

Il Socio, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la pre-attivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata dal sito [www.saluteebenesseresms.it](http://www.saluteebenesseresms.it).

In caso di urgenza o di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Salute sarà possibile richiedere il pagamento diretto anche a ricovero avvenuto, salvo far pervenire la documentazione e la richiesta alla Centrale Salute entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e, comunque, prima delle dimissioni dalla Struttura

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali il Socio sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Salute.

Qualora il Socio acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Salute, la prestazione si considererà ricevuta in regime di prestazione indiretta, con pagamento anticipato da parte del Socio e rimborso al medesimo.

A prestazione avvenuta, il Socio dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso.

## Prestazioni indirette

Per ottenere il rimborso, il Socio, al termine del ciclo di cure e non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di Richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la documentazione giustificativa indicata di seguito.

### Documentazione medica

- Prescrizione con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre, la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.
- Cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento sia diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato ricovero nè Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso. È considerato ricovero la permanenza in Pronto Soccorso in osservazione breve e intensiva con pernottamento superiore alle dodici ore, a seguito di presentazione di verbale di Pronto Soccorso.
- Relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito.
- Certificato del medico oculista o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previsto dal Piano sanitario), intendendosi comunque escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari.
- Quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

### Documentazione di spesa quietanzata

- Fatture, notule e ricevute emesse da Istituto di Cura e da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge (ivi compreso sul documento fiscale la presenza di marca da bollo, benchè si tratti di un costo non rimborsabile da SEB) e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

SEB si riserva il diritto di verificare l'autenticità della documentazione ricevuta.

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

La somma spettante al Socio è calcolata con detrazione di eventuali somme a carico del Socio stesso. Il modulo di rimborso, reperibile mediante il Socio Sostenitore afferente oppure sull'Area Riservata, unitamente alla documentazione sopradescritta, può essere inviato in forma cartacea al seguente indirizzo:

SEB SMS – Via Valenza, 5 – 20144 - MILANO (MI).

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, il Socio, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine il Socio dovrà accedere, previa autenticazione, alla propria Area Riservata dal sito [www.saluteebenesseresms.it](http://www.saluteebenesseresms.it); in tale Area si può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

Per il Socio è disponibile anche l'invio attraverso e-mail all'indirizzo:

[centralesalute@saluteebenesseresms.it](mailto:centralesalute@saluteebenesseresms.it)

## Assistenza mista

In caso di utilizzo di strutture o équipe medica non convenzionate (cosiddetta assistenza “mista”: per esempio pagamento diretto alla struttura convenzionata e pagamento a rimborso per le spese dell'équipe medica non convenzionata), la Centrale Salute stessa comunicherà, sempre in via provvisoria, la presa in carico dei costi esclusivamente per la parte in convenzione, mentre il costo delle strutture/équipe medica non convenzionate sarà sostenuto direttamente dal Socio, ove ne ricorrano i presupposti, il quale potrà richiederne il rimborso secondo quanto previsto dal presente Piano sanitario.

La Centrale Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili in base ai termini fissati dal presente Piano Sanitario, secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi utilizzata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico del Socio le eventuali somme previste nel presente Piano Sanitario, nonché le

prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

Prima di un ricovero o prima di essere sottoposto ad un intervento chirurgico o, ancora, prima di una prestazione extra-ospedaliera, per quanto riguarda la parte convenzionata il Socio deve contattare preventivamente la Centrale Salute per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta, con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi, telefonando al numero verde:

**800 978 409**

+39 0141.32.45.37 dall'Estero  
dal Lunedì al Venerdì dalle 08,30 alle 17,30.

L'autorizzazione è provvisoria, in quanto è comunque subordinata all'esame di tutta la documentazione richiesta dalla Centrale Salute.

Il Socio dovrà fornire alla Centrale Salute le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- documentazione sanitaria relativa alla prestazione.

Il Socio deve comunicare preventivamente alla Centrale Salute qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata in via provvisoria.

Il Socio, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la pre-attivazione con modalità telematica accedendo alla propria Area Riservata dal sito [www.saluteebenesseresms.it](http://www.saluteebenesseresms.it).

In caso di urgenza o di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Salute sarà possibile richiedere il pagamento diretto anche a ricovero avvenuto, salvo far pervenire la documentazione e la richiesta alla Centrale Salute entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e, comunque, prima delle dimissioni dalla Struttura.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali il Socio sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Salute. Qualora il Socio acceda a Strutture Sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Salute, la prestazione si considererà ricevuta in regime di prestazione indiretta, con pagamento anticipato da parte del Socio e rimborso al medesimo.

A prestazione avvenuta, il Socio dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso.

Per ottenere, invece, il rimborso della parte non convenzionata, il Socio, al termine del ciclo di cure e non appena sarà disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di Richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

### Documentazione medica

- Prescrizione con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio, fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

Inoltre, la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite. Si precisa che non sono ammessi gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative

prove ed allenamenti.

- Cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento sia diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerata ricovero nè Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso. È considerato ricovero la permanenza in Pronto Soccorso in osservazione breve e intensiva con pernottamento superiore alle dodici ore, a seguito di presentazione di verbale di Pronto Soccorso.
- Relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito.
- Certificato del medico oculista o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previsto dal Piano Sanitario), intendendosi comunque escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari.
- Quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

### Documentazione di spesa quietanzata

- Fatture, notule e ricevute emesse da Istituto di Cura e da Centro Medico, inteso per tale la Struttura sanitaria, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

SEB si riserva il diritto di verificare l'autenticità della documentazione ricevuta.

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

La somma spettante al Socio è calcolata con detrazione di eventuali somme a carico del Socio stesso. Il modulo di rimborso, reperibile mediante il Socio Aderente presso cui si è stipulata l'adesione, unitamente alla documentazione sopra descritta, può essere inviato in forma cartacea al seguente indirizzo seguente:

SEB – Via Valenza, – 20144 - MILANO (MI)

In alternativa alla procedura di rimborso cartacea, il Socio, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine il Socio dovrà accedere alla propria Area Riservata dal sito [www.saluteebenesseresms.it](http://www.saluteebenesseresms.it); in tale Area il Socio può accedere, altresì, alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

Per il Socio è disponibile anche l'invio attraverso e-mail all'indirizzo:

Il Socio è tenuto a collaborare per il più corretto svolgimento delle attività di assistenza, a fornire alla Centrale Salute qualsiasi informazione riguardante le circostanze e le conseguenze dell'evento coperto dalle prestazioni erogate, oltre alle informazioni complementari che la stessa dovesse richiedere, a presentare i documenti (denunce, certificati, fatture, ricevute fiscali, ecc...) che giustifichino sia il verificarsi degli eventi coperti dall'opzione sia le spese rimborsabili ai sensi della stessa e a collaborare per facilitare le azioni che SEB intende intraprendere per limitare le conseguenze dell'evento coperto dalle prestazioni erogate.

Il Beneficiario che dolosamente non adempie ai predetti obblighi perde il diritto al rimborso o alla prestazione; se il Beneficiario omette colposamente di adempiere, SEB ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.



# Medicina e Cure

## Ricoveri con o senza intervento chirurgico

La copertura opera, nei limiti e fino alla concorrenza dei massimali stabiliti, per le Prestazioni riportate nella presente tabella riassuntiva:

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	SERVIZIO SOCIO SANITARIO NAZIONALE
Massimo indennizzo 200.000€	Massimo indennizzo 200.000€	Massimo indennizzo 200.000€	Massimo indennizzo 200.000€
Pagamento del 70% in strutture convenzionate con quota a carico del Socio € 2.000	Rimborso del 50% in strutture non convenzionate con quota a carico del Socio € 2.000	Rimborso del 70% sulla parte convenzionata  Rimborso del 50% con minimo € 2.000 a carico del Socio sulla parte non convenzionata	Rimborso del 70% per spese pre (30 giorni) e post (60 giorni) ricovero/intervento  Oppure  Indennità sostitutiva del rimborso pari a 50 € al giorno per un massimo di 30 giorni

**Durante il ricovero o l'intervento chirurgico, anche in Day Hospital/Day Surgery, SEB rimborsa le spese sostenute per:**

- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica;
- terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali;
- onorari dell'équipe che effettua l'intervento chirurgico, materiale di intervento (comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia del Socio);
- diritti di sala operatoria;
- rette di degenza.

## Spese pre e post ricoveri con o senza interventi chirurgici

In relazione a tali prestazioni, SEB rimborsa le spese sostenute:

- **nei 60 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico in Day Hospital/Day Surgery per:**
  - visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché dette prestazioni siano inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico in day hospital;
- **nei 90 giorni successivi il ricovero o l'intervento chirurgico, anche in Day Hospital/Day Surgery, entro i giorni in seguito specificati successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura o all'intervento chirurgico, per:**
  - visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata, entro 60 giorni;
  - assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza del Socio in conseguenza di intervento chirurgico, infortunio, ictus cerebrale o infarto cardiaco, entro 60 giorni;
  - prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da intervento chirurgico, infortunio, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco, dell'intervento chirurgico entro 60 giorni.

### Indennità sostitutiva del rimborso delle spese inerenti il ricovero

Qualora le spese di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, SEB corrisponde, in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte ai punti precedenti, l'indennità sostitutiva per ciascun pernottamento in Istituto di Cura, con il massimo di 30 pernottamenti per periodo di copertura, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

In caso di Day Hospital/Day Surgery l'indennità sostitutiva viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna, con il massimo di 30 giorni per periodo di copertura.

Nel caso in cui le spese inerenti ai punti precedenti fossero superiori all'importo del rimborso di cui sopra, la Centrale Salute provvederà al rimborso delle citate spese.

## Extraospedaliere

SEB dedica un plafond per periodo di copertura e per nucleo familiare di € 500,00 relativamente a Prestazioni di Alta Specializzazione, Lenti e Ticket nei limiti di seguito indicati:

### Prestazioni fuori ricovero di Alta Specializzazione

SEB rimborsa il 70% delle spese sostenute fino ad un massimo di € 300,00 per le seguenti prestazioni sanitarie effettuate in strutture convenzionate con a carico del Socio un minimo di € 30,00:

- ECOGRAFIA;
- ECODOPPLER;
- ECOCARDIOGRAFIA;
- ELETTRICARDIOGRAFIA;
- ELETTRIOENCEFALOGRAFIA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;
- TAC.

Le spese per le sopraindicate prestazioni sanitarie saranno rimborsabili unicamente se le stesse risulteranno essere state prescritte dal medico curante o da un medico specialista

### Lenti

SEB rimborsa l'acquisto di lenti correttive di vizi della vista, clinicamente accertati, escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari, con il limite di € 150,00 nella misura del 50% della spesa. Tale spesa sarà rimborsabile se risultante da certificato del medico oculista o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus.

### Rimborso ticket

SEB rimborsa al Socio le spese sostenute per ticket sanitari nella misura del 50% fino ad un massimo di € 150,00 per periodo di copertura e per nucleo familiare.

### Protesi anatomiche ed apparecchi acustici

SEB rimborsa nella misura del 50% fino all'ammontare di € 500,00 le spese sostenute per:

- l'acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di partianatomiche
- l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche
- l'acquisto di amplificatori acustici
- il noleggio di apparecchiature per emodialisi
- l'acquisto o il noleggio di erogatori portatili di ossigeno per la terapia di malattie bronco polmonari.

Le spese per le sopraindicate prestazioni saranno rimborsabili unicamente se le stesse risulteranno essere state prescritte dal medico curante o da un medico specialista.

## Esclusioni

La copertura non comprende le spese per:

- le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori, conosciute e diagnosticate, al momento dell'adesione;
- l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della copertura.
- infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
- gli infortuni derivanti da sports aerei o da partecipazione a corse/gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
- gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche;
- gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie, ortodontiche e delle paradontiopatie;
- l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
- le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dal Socio;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- le conseguenze di guerra, insurrezione, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
- le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS).



# Prevenzione

## Come accedere alle prestazioni

Prima di accedere ad una prestazione extraospedaliera, il Socio deve contattare in forma preventiva la Centrale Salute per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; il preavviso deve essere di almeno 3 giorni lavorativi e può essere dato telefonando al Numero Verde di SEB:

**800 978 409**

+39 0141.32.45.37 dall'Estero  
dal Lunedì al Venerdì dalle 08,30 alle 17,30.

Il Socio dovrà fornire alla Centrale Salute le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- documentazione sanitaria relativa alla prestazione.

Il Socio deve, inoltre, comunicare preventivamente alla Centrale Salute qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata in via provvisoria, salvo ulteriore richiesta di documentazione da parte della Centrale Salute.

Il Socio, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la pre-attivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata dal sito [www.saluteebenesseresms.it](http://www.saluteebenesseresms.it).

Qualora il Socio acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Salute, la prestazione si considererà ricevuta in regime di prestazione indiretta, con pagamento anticipato da parte del Socio e rimborso al medesimo.

A prestazione avvenuta, il Socio dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso.

## Accertamenti di medicina preventiva

---

SEB dedica un plafond fino a € 150,00 per periodo di copertura e nucleo familiare, da destinare ad accertamenti diagnostici e visite specialistiche di medicina preventiva effettuati a libera scelta dei Soci, esclusivamente presso i Centri convenzionati, e relativi a:

### 1 – Percorso Cardiovascolare

Per tutti i Soci, a prescindere dal sesso:

- Esame del sangue con i seguenti accertamenti: omocisteina, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, VES ed esame delle urine;
- Visita cardiologia con ECG;
- Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici;
- Rx del torace;
- Ecografia addome superiore;
- Elettromiografia.

### 2 – Percorso Oncologico maschile

Per i Soci di sesso maschile e di età superiore ai 45 anni:

- Accertamento dell'antigene prostatico specifico;
- Ecografia delle vie urinarie.

### 3 – Percorso Oncologico femminile

Per i Soci di sesso femminile di età superiore ai 40 anni:

- visita ginecologia comprensiva dei relativi accertamenti (pap-test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale).

### 4 - Percorso per la degenerazione della struttura ossea

- DOC;
- MOC.



## Odontoiatria

SEB rimborsa i costi sostenuti dal titolare del Piano Sanitario per detartrasi che sia stata eseguita in Centri Convenzionati, fino a 100,00 € per periodo di copertura.

Inoltre, la Centrale Salute mette a disposizione dei Soci un Network di studi odontoiatrici e strutture sanitarie specializzate in cui poter fruire di tariffe agevolate per prestazioni quali, ad esempio, l'implantologia, l'ortodonzia e le cure conservative di cui al tariffario messo a disposizione da SEB nei confronti dei propri Soci.

## Come accedere alle prestazioni

Per reperire il nominativo di un medico odontoiatra, il Socio potrà accedere ai servizi degli studi odontoiatrici e delle strutture sanitarie specializzate aderenti al Network in Italia contattando SEB al seguente numero verde gratuito dall'Italia:

**800 978 409**

Chiamando lo stesso numero verde il Socio potrà, inoltre, fissare un appuntamento, per il quale dovrà fornire i propri dati anagrafici e il numero di telefono, e richiedere un servizio di *reminder*, con il quale riceverà un avviso che gli ricorderà l'appuntamento.

Il Socio avrà diritto di fruire delle tariffe previste nel Tariffario dei Centri Convenzionati messo a disposizione del Socio sul sito di SEB, [www.saluteebenesseresms.it](http://www.saluteebenesseresms.it).

Lo studio odontoiatrico convenzionato scelto dal Socio dovrà quindi ricevere dalla Centrale Salute, che avrà svolto ogni preventiva ed opportuna verifica, una tempestiva conferma (a mezzo fax o via e-mail) del fatto che la Prestazione richiesta dal Beneficiario sia contemplata nel presente Piano Sanitario.

La Centrale Salute si impegna ad effettuare ogni verifica con la massima diligenza, tuttavia non sarà responsabile per eventuali omissioni o imprecisioni del Socio nel fornire le informazioni richieste o del medico odontoiatra nell'inoltare le stesse.

Il Socio è tenuto a comunicare tempestivamente al numero verde indicato eventuali variazioni o annullamenti di ogni appuntamento fissato con lo Studio Odontoiatrico.

## GLOSSARIO

### **ACCREDITAMENTO CON S.S.N**

Utilizzo di strutture sanitarie private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni in regime di accreditamento.

### **CARTELLA CLINICA**

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

### **CENTRALE SALUTE**

La Centrale Salute, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Soci Ordinari di Seb e a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi – in regime rimborsuale e di assistenza diretta.

### **DATA DI ADESIONE**

Il primo giorno del mese successivo rispetto alla data di sottoscrizione.

### **DATA DI EFFETTO GARANZIA**

Vedasi definizione Termini di Aspettativa/ Carenza.

### **DATA DI SOTTOSCRIZIONE**

La data in cui il contratto è stipulato.

### **DAY HOSPITAL / DAY SURGERY**

La degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura. Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite dai medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

### **EVENTO**

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la copertura.

### **INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO**

Importo forfettario giornaliero che SEB eroga nel caso di ricovero del Socio in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricevute in quanto a totale carico del SSN.

### **INDENNIZZO**

La somma dovuta nel caso si verifichi un evento oggetto della copertura.

### **INFORTUNIO**

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

### **INTERVENTO CHIRURGICO**

Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali, cruento, eseguito anche senza ricovero presso le strutture sanitarie.

### **ISTITUTO DI CURA**

Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

### **MALATTIA**

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

### **MASSIMALE**

La disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile per il Socio per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nel periodo di copertura.

### **MODALITÀ D'INDENNIZZO**

- Forma diretta: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria e al medico convenzionati;
- Forma indiretta: Rimborso al Socio delle spese sostenute per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento;
- Forma Mista: Pagamento parte in forma diretta (indennizzo diretto alla struttura e/o medico convenzionato) parte in forma indiretta (rimborso delle spese da effettuarsi dopo il ricevimento della documentazione per la parte di prestazione eseguita da struttura e/o medico non convenzionato).

### **PATOLOGIA IN ATTO / PATOLOGIA PREESISTENTE**

Malattie diagnosticate che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione a SEB.

### **PERIODO DI COPERTURA**

L'intervallo di tempo intercorrente tra la data di adesione a SEB e il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Per gli anni successivi il periodo di copertura coincide con l'anno solare.

### **PRESTAZIONI**

I servizi erogati da SEB. Le forme possono essere le seguenti:

- Prestazioni Dirette: Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati;
- Prestazioni Indirette: Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati;
- Prestazioni Miste: Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati;
- Prestazioni in Accreditamento con SSN: presso strutture sanitarie private accreditate con SSN.

## **QUOTA A CARICO DEL SOCIO**

Parte non rimborsabile dell'evento indennizzabile, espressa rispettivamente in importo e/o in percentuale sull'ammontare della spesa, che rimane a carico del Socio.

#### **RICOVERO – DEGENZA**

Permanenza in istituto di cura con pernottamento o in Day Hospital / Day Surgery. Non è considerato ricovero la permanenza in Pronto Soccorso, nè pernottamento le notti passate in Pronto Soccorso.

#### **SEB**

Salute e Benessere Società di Mutuo Soccorso (di seguito denominata SEB) con sede in Roma, Via Bertolani, 49, C.F. 13617081008.

#### **SINGLE**

Versione nella quale è possibile ottenere la copertura per una sola persona che coinciderà con il Socio del Fondo.

#### **SOCIO SOSTENITORE**

Socio afferente al Socio Ordinario

#### **SOCIO**

Il "Socio Ordinario" che ha aderito a Salute e Benessere SMS, titolare dell'adesione al piano sanitario, nonchè i componenti del nucleo familiare indicati nel modulo di adesione

#### **SCOPERTO - QUOTA A CARICO DEL SOCIO**

Parte dell'evento indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa ed in percentuale ll'ammontare della spesa, che rimane a carico del Socio

#### **STRUTTURE SANITARIE**

- Strutture Sanitarie Private / Medici;
- Strutture Sanitarie Pubbliche;
- Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

#### **TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZA**

Il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto dell'opzione e l'inizio della garanzia.

#### **VISITA SPECIALISTICA**

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



