



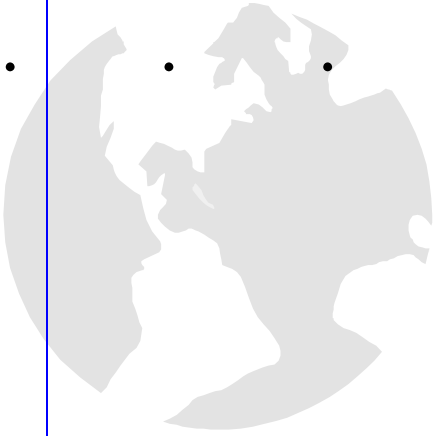
cassa mutua nazionale
del credito cooperativo



**Regolamento
sanitario.2006**

*Approvato dal Comitato Amministratore
il 15 dicembre 2005*

•
•
•
•
•
•
•
•
•
•



• • • • • • • •



PREMESSA

- 1. Lo Statuto della Cassa Mutua, all'art. 3, 4° comma, recita: L'erogazione delle prestazioni presuppone e comporta la conoscenza e l'accettazione, da parte dell'interessato, delle norme dello Statuto e delle disposizioni attuative emanate dal Comitato Amministratore (...). Lo Statuto è stato inviato a ciascuna Azienda, per la distribuzione ai prestatori di lavoro subordinato, ed ai Destinatari in quiescenza.**
- 2. Il presente Regolamento Sanitario, si compone di 18 Articoli ed ha validità dal 1 gennaio 2006 al 31 dicembre 2006, definito come "anno sanitario".**
- 3. Le prestazioni sanitarie, fatti salvi gli articoli 6.2.1.b), 6.2.2), 6.3), 6.11), devono essere giustificate da uno stato patologico.**
- 4. Le richieste di rimborso devono essere corredate della documentazione medica prevista dal presente Regolamento e devono essere inviate alla Cassa Mutua nei termini stabiliti dallo stesso.**
- 5. Le richieste di rimborso non in regola con le norme del presente Regolamento verranno respinte.**
- 6. Le richieste di rimborso vanno effettuate con l'apposita modulistica predisposta dalla Cassa Mutua e rilevabile dal sito all'indirizzo www.cmn.bcc.it.**
- 7. Qualunque manomissione delle documentazioni mediche e di spesa sarà severamente sanzionata, facendo decadere ogni possibilità di rimborso.**
- 8. I documenti di spesa, notule, parcelle, fatture e simili, per essere validi e rimborsabili, devono essere conformi alla normativa fiscale in vigore.**
- 9. La documentazione per accedere ai benefici della Cassa Mutua Nazionale deve essere prodotta sempre e solo in ORIGINALE.**
- 10. La Cassa Mutua rimborsa esclusivamente le prestazioni esplicitamente indicate in ciascun articolo, alle condizioni e con le modalità ivi previste.**

per “Destinatario”:	i prestatori di lavoro subordinato ed i pensionati, quali titolari del diritto di assistenza
per “Assistito”:	i soggetti a favore dei quali è prestata la copertura sanitaria
per “infortunio”:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili
per “malattia” / "patologia":	ogni <u>alterazione dello stato di salute</u> non dipendente da infortunio
per “prevenzione”	insieme di provvedimenti sanitari che hanno lo scopo di prevenire le malattie
per “ricovero”:	degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato documentato da apposita cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria
per “day-hospital”:	ricovero senza pernottamento documentato da apposita cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria
per “intervento ambulatoriale”:	prestazioni chirurgiche effettuate presso ambulatorio pubblico o privato.
per “cartella clinica”	documento legale di ricovero
per “scoperto”/”franchigia”:	percentuale delle spese non coperte dalla Cassa che rimangono a carico dell’Assistito
per “assistenza infermieristica”:	l’assistenza prestata da persona fornita di specifico diploma e di abilitazione alla professione
per “Rete convenzionata”:	rete di case di cura, di ambulatori medico specialistici, studi odontoiatrici ed altre strutture sanitarie convenzionate in Italia ed all’estero con la Cassa Mutua direttamente e/o tramite Newmed
per “medico chirurgo”:	laureato in medicina e chirurgia ed iscritto al relativo albo professionale in Italia

per “medico specialista”:	laureato in medicina e chirurgia e con titolo accademico di specializzazione in una specifica branca della medicina; iscritto al relativo albo professionale in Italia
per “fisioterapista”:	tecnico diplomato, abilitato e specializzato nell’esecuzione di terapie fisiche
per “massimale”	livello massimo di rimborso, per persona o nucleo familiare, corrisposto dalla Cassa Mutua nell’anno di vigenza del presente Regolamento sanitario
per “logopedista”	operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge trattamenti riabilitativi delle patologie del linguaggio
per “terapista della psicomotricità”	operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge trattamenti riabilitativi delle malattie neuropsichiatriche infantili

Articolo 4 - Assistiti

Hanno diritto alle prestazioni della Cassa i Destinatari, i loro famigliari fiscalmente a carico e il convivente more uxorio, risultante dallo stato di famiglia e con reddito non superiore a quello previsto per essere considerato familiare fiscalmente a carico.

Su richiesta scritta, il Comitato Amministratore ammette a beneficiare delle prestazioni della Cassa anche il coniuge, anche se non convivente, e altri famigliari conviventi con il Destinatario, dietro versamento di contributi integrativi a carico di quest’ultimo.

Allo stesso beneficio è ammesso, su richiesta scritta del Destinatario, anche il convivente more uxorio, risultante dallo stato di famiglia e con reddito superiore a quello previsto per essere considerato familiare a carico.

I famigliari e gli altri soggetti di cui ai commi precedenti cessano di beneficiare delle prestazioni della Cassa con venir meno dei requisiti per la loro ammissione o del Destinatario loro dante causa, come in caso di inosservanza delle altre condizioni previste.

La copertura, in generale, si intende valida indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti all'atto dell'assunzione in una delle Aziende aderenti alla Cassa Mutua Nazionale.

Il Comitato Amministratore, in relazione a casi ritenuti di particolare gravità, può, eccezionalmente, determinare e definire condizioni di intervento assistenziale con l’erogazione di prestazioni sanitarie una tantum.

CAPITOLO II

Prestazioni Ospedaliere

Indicazioni sulla Documentazione

Per poter accedere alle prestazioni indicate nel seguente articolo 5) occorre presentare, insieme con la richiesta di rimborso, la seguente documentazione preliminare:

1. **Cartella clinica** rilasciata dalla struttura in copia conforme per tutti i casi di ricovero con e senza intervento chirurgico, parto spontaneo e con taglio cesareo, day hospital e day surgery.
2. **Fattura della struttura sanitaria** (casa di cura, ospedale, ecc...) con indicazione, in forma analitica, delle spese sostenute per :
degenza, ospitalità accompagnatore, sala operatoria, medicinali, cure e terapie, esami diagnostici ed ogni altra spesa sanitaria di competenza della struttura.

Sono escluse le spese riguardanti il confort (supplementi telefono, televisore, frigobar e quant'altro), i costi amministrativi, di segreteria e rilascio della cartella clinica, i bolli e le spese non sanitarie.

La fattura dovrà riportare in forma analitica il dettaglio di tutte le spese. La Cassa Mutua potrà richiedere eventuali ulteriori dettagli.

3. **Fatture/parcelle/ricevute** (tutte in esenzione di IVA come previsto dal D.P.R. 26 ottobre 1972 N° 633 art. 10, N° 18) e 19), e successive modificazioni) riguardanti prestazioni mediche dell'equipe che ha svolto l'intervento (chirurgo, aiuto, anestesista, personale paramedico, ecc...), risultanti dalla cartella clinica.

Se sulle fatture di prestazioni mediche e paramediche fosse applicata l'IVA ed i costi previdenziali, questi sono esclusi dal rimborso.

- **Richiesta e documentazione di spesa vanno inviate alla Cassa Mutua al più presto, insieme alla cartella clinica, da richiedere prontamente alla struttura sanitaria. Qualora la documentazione di spesa e la cartella clinica non dovessero pervenire alla Cassa Mutua entro il termine di 60 giorni dalla data di dimissioni dell'assistito, è necessario avvertire per iscritto la Cassa indicando i motivi del ritardo che verranno valutati per una eventuale proroga dei termini.**
- **In corrispondenza del termine dell'anno sanitario (31 dicembre di ogni anno), la documentazione riguardante eventi di ricovero, con e senza**

intervento chirurgico, con dimissioni dalla casa di cura avvenute entro tale data, deve pervenire al più tardi entro il 28 febbraio dell'anno successivo.

- Gli interventi riguardanti prestazioni specialistiche indicate in successivi appositi articoli, anche se effettuati in regime di ricovero ospedaliero o in casa di cura, seguono, per il rimborso, i termini definiti nell'apposito articolo.
- Ogni ricovero, relativo a qualsiasi evento, è definito dalla cartella clinica che lo riguarda. Qualora un assistito venisse ricoverato nello stesso anno per più di una volta, con cartelle cliniche separate, ogni ricovero genera un evento autonomo.
- **In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, in struttura pubblica o privata, la liquidazione delle prestazioni viene effettuata applicando al rimborso le norme del Regolamento sanitario vigenti all'atto del ricovero.**

Articolo 5 - Prestazioni Ospedaliere

La Cassa, per malattie e infortuni verificatisi nell'anno sanitario, eroga le seguenti prestazioni:

5.1) – In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico ed interventi chirurgici effettuati ambulatorialmente ed in Day Hospital

La Cassa rimborsa le spese inerenti:

5.1.1) - In caso di intervento chirurgico ed aborto terapeutico, effettuati in istituto di cura in regime di ricovero :

- a. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento, risultante da cartella clinica. **La Cassa rimborsa tali prestazioni con una franchigia del 20% con il massimo di €3.000,00= di scoperto.**
- b. i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, ivi comprese protesi ortopediche applicate durante l'intervento; l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i trattamenti sclerosanti e linfo-drenaggio, i medicinali, gli esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero.
- c. rette di degenza con il limite massimo di **€ 260,00=** giornaliero.

N.B. Tali limiti non vengono applicati esclusivamente nei casi di ricovero per gli interventi chirurgici elencati nell'allegato 1);

- d. visite specialistiche ed accertamenti diagnostici attinenti l'intervento, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei **120 giorni precedenti** il ricovero.
- e. visite specialistiche, esami, medicinali previsti e prescritti in cartella clinica, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati e fatturati da fisioterapisti diplomati e che svolgono attività nell'ambito o per conto di un Centro di cui è responsabile un medico, agopuntura effettuata da medico, ticket cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei **120 giorni successivi** al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.

La Cassa rimborsa le prestazioni ai punti d) ed e) con uno scoperto del 10%.

N.B. Per tutti gli interventi al naso di carattere funzionale viene obbligatoriamente richiesto, con la cartella clinica, un esame preventivo di rinomanometria.

5.1.2) - In caso di ricovero in Istituto di cura che non comporti intervento chirurgico:

- a. rette di degenza con il limite massimo di **€260,00=** giornaliera;
- b. accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
- c. visite specialistiche, esami, medicinali previsti e prescritti in cartella clinica, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati e fatturati da fisioterapisti diplomati e che svolgono attività nell'ambito o per conto di un Centro di cui è responsabile un medico, agopuntura effettuata da medico, ticket cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei **120 giorni successivi** al termine del ricovero.

La Cassa rimborsa le prestazioni al punto c) con uno scoperto del 10%.

5.1.3) – In caso di interventi chirurgici che non comportino pernottamento, effettuati ambulatorialmente ed in day hospital:

- a. **rette di degenza in day hospital con il limite massimo di €260,00= al giorno;**
- b. onorari del chirurgo ed eventualmente dell'anestesista. **La Cassa rimborsa tali prestazioni con una franchigia del 20% con il massimo di € 3.000,00= di scoperto.**
- c. diritti di sala operatoria e materiali di intervento, compresi i medicinali.

N.B. La documentazione di spesa deve essere accompagnata da una relazione medica dell'intervento.

N.B. Le prestazioni indicate all'art. 5.1 (5.1.1 – 5.1.2 – 5.1.3) si intendono prestate fino a concorrenza del massimale di **€10.000=**, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno sanitario e per ciascun nucleo familiare, intendendosi per tale il dipendente ed i suoi familiari quali indicati all'art. 4).

~~Il Rimborso delle spese verrà effettuato previa detrazione dello scoperto del 10% con il massimo di €1.500,00~~

Nel caso di interventi elencati specificatamente nell'allegato 1), il massimale di cui sopra si intende raddoppiato senza applicazione di alcuna franchigia.

5.2) – In caso di ricovero per parto

La Cassa rimborsa le spese inerenti:

5.2.1) – Parto Cesareo

In caso di parto cesareo, la Cassa Mutua rimborsa le spese riguardanti:

- a. gli onorari dei componenti l'equipe medico-chirurgica che effettua l'intervento, risultanti dalla cartella clinica, escluso qualsiasi soggetto che non partecipi attivamente all'intervento;
- b. i diritti di sala operatoria, compreso il materiale d'intervento;
- c. durante il periodo di ricovero, l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, gli esami post-intervento;
- d. rette di degenza con il limite massimo di **€260,00= giornaliera**.

La prestazione è fornita ~~con uno scoperto del 10%~~ fino a concorrenza del massimale di **€6.500,00=**

5.2.2) - In caso di parto non cesareo:

In caso di parto non cesareo, la Cassa Mutua rimborsa le spese riguardanti:

- gli onorari dei componenti l'equipe medico-chirurgica che effettua l'intervento, risultanti dalla cartella clinica, escluso qualsiasi soggetto che non partecipi attivamente all'intervento;
- i diritti di sala operatoria, compreso il materiale d'intervento;
- durante il periodo di ricovero, l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, gli esami post-intervento;
- rette di degenza con il limite massimo di **€260,00= giornaliera**.

La prestazione è fornita fino a concorrenza del massimale di **€ 2.000,00= € 1.500,00=**

Sia per il parto cesareo che naturale, non è previsto il rimborso delle spese riguardanti nido, assistenza neonatale ed assistenza pediatrica.

5.2.3) – Trattamento terapeutico in regime di ricovero per i neonati nei primi 30 giorni di vita:

Nel caso in cui i neonati avessero la necessità di trattamento terapeutico in regime di ricovero per accertata patologia, la Cassa Mutua rimborsa le spese, nei primi 30 giorni di vita, nella misura massima di **€ 1.000,00=** con l'applicazione di una **franchigia del 10%**.

- Documentazione: richiesta di rimborso, cartella clinica, ricevute fiscali emesse dalla azienda ospedaliera o casa di cura e dai medici specialisti.

5.3) - In caso di intervento laser per correzione di difetto refrattivo di uno od entrambi gli occhi

La Cassa rimborsa le spese inerenti:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento, risultante da cartella clinica, i diritti di sala operatoria comprese le strumentazioni, il materiale di intervento e quant'altro, con il limite massimo complessivo per occhio di € 1.035,00= e per una spesa complessiva di € 1.550,00= per ambedue gli occhi, anche se l'intervento viene eseguito separatamente in esercizi diversi consecutivi. Il massimale è omnicomprensivo di tutte le spese pre e post intervento.

5.4) - Anticipazioni

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo o di un deposito cauzionale, la Cassa anticipa, su richiesta dell'Assistito, dietro presentazione di apposito preventivo analitico di spesa sottoscritto dalla Casa di Cura interessata, un importo **fino ad un massimo dell'80%** del preventivo di spesa ed entro il limite del massimale garantito dal presente regolamento, salvo conguaglio a cure ultimate. La percentuale dell'anticipazione è direttamente proporzionale alla progressività della spesa.

L'anticipo viene concesso per spese non inferiori ad €5.000,00=.

5.5) - Diarie – Prestazioni sostitutive

Qualora, in caso di ricovero dell'assistito, tutte le spese, di cui ai paragrafi 5.1), 5.2), siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (quindi non dell'Assistito), comprese spese mediche e quant'altro, la Cassa corrisponderà un'indennità forfetaria alle condizioni appresso indicate:

- Documentazione : la richiesta di rimborso deve essere accompagnata esclusivamente dalla cartella clinica.

• 5.5.1) - Ricovero con intervento e parto spontaneo

In caso di ricovero con intervento e parto spontaneo, per ogni giorno di ricovero con pernottamento, compete un'indennità forfetaria di € 80,00= , per un periodo massimo di n. **200 giorni** per anno per nucleo familiare.

• 5.5.2) - Ricovero senza intervento

In caso di ricovero senza intervento chirurgico, per ogni giorno di ricovero con pernottamento, compete un'indennità forfetaria di € 80,00=, per un periodo massimo di **100 giorni** per anno per nucleo familiare.

- **5.5.3) - Neonati sottoposti a trattamento terapeutico**

Ai neonati che subito dopo l'evento del parto vengono sottoposti a trattamento terapeutico, da qualsiasi causa determinato, compete un'indennità forfetaria di € **80,00=** per ogni giorno di ricovero con pernottamento, limitatamente **ai primi 30gg. di degenza**, a partire dal sesto giorno di ricovero.

- **5.5.4) - In caso di Day Hospital / Day Surgery**

Vengono definiti "day hospital" e "day surgery" i ricoveri temporanei in Istituto di cura, documentati da apposita cartella clinica e riguardanti sia prestazioni di assistenza sanitaria che interventi chirurgici che hanno inizio e termine nel corso della stessa giornata con le dimissioni del paziente.

La cartella clinica, in cui deve essere esplicitato il regime di ricovero in Day Hospital o Day Surgery, deve indicare l'ora di entrata e l'ora di uscita del paziente dalla struttura sanitaria.

La cartella clinica del ricovero in regime di Day Hospital o Day Surgery deve essere rilasciata dall'amministrazione della struttura ospedaliera/istituto di cura. Non vengono prese in considerazione le certificazioni sostitutive rilasciate dal reparto o dal medico specialista.

Qualora la cartella clinica venga rilasciata al termine di un periodo prolungato di ricoveri in day-hospital, l'indennità forfetaria indicata in appresso verrà corrisposta alla fine delle cure dietro presentazione della relativa cartella clinica.

In tal caso, compete un'indennità forfetaria di **€ 60,00= € 55,00 al giorno, per nucleo familiare, per un massimo di 30 giorni nell'anno sanitario.**

Per quanto riguarda tutte le prestazioni sostitutive (articolo 5.5), qualora venga corrisposta un'indennità forfetaria, tutte le spese sanitarie sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi al ricovero, vengono rimborsate con le modalità e le condizioni di cui al successivo Capitolo 3.

CAPITOLO III

Prestazioni Extraospedaliere

Indicazioni sulla Documentazione

1. **Dal Codice di Deontologia Medica, riportiamo il testo dell'art. 22: Certificazione – Il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al paziente certificati relativi al suo stato di salute.**
2. **Le richieste di rimborso devono pervenire alla Cassa Mutua Nazionale nel termine di 60 giorni dalla data di emissione delle fatture, pena il mancato rimborso della prestazione.**
3. **LA CASSA NON RIMBORSO, ALLO STATO, SPESE SANITARIE PER PRESTAZIONI, OVUNQUE EFFETTUATE, A TITOLO DI CONTROLLO E PREVENZIONE, FATTI SALVI GLI ARTICOLI 6.2.1.b), 6.2.2), 6.3), 6.11).**
4. **Vengono considerate prestazioni di controllo e prevenzione quelle effettuate in assenza di patologia.**
5. **Le richieste di rimborso di prestazioni sanitarie devono essere documentate, come previsto dal presente Regolamento.**
6. **Sono escluse dal rimborso le spese inerenti CURE/TERAPIE, ad eccezione di quelle previste dal presente Regolamento, comprese le cure omeopatiche e i medicinali.**
7. **La documentazione, da allegare al modello di richiesta di rimborso, deve essere prodotta a cura del Destinatario e sempre in originale.**
8. **La non conformità della documentazione a quella prevista non dà luogo ad alcun rimborso tranne nel caso delle visite specialistiche di cui al paragrafo 6.2.1,b).**
9. **Non sono ammesse a rimborso le prestazioni sanitarie sulle cui fatture sia stata applicata l'IVA in quanto, ai sensi dell'art.4, D.P.R. 26/10/72 n. 633 e successive modificazioni, ne sono esenti.**
10. **La Cassa Mutua, in relazione alle prestazioni per le quali viene presentata domanda di rimborso, può richiedere ulteriore documentazione riguardante patologie, esami, analisi, spese e quant'altro ritenga necessario per l'evasione della pratica, nonché sottoporre l'assistito a visita medica di controllo a carico della Cassa Mutua.**
11. **L'indicazione del titolo accademico di specializzazione del medico che ha effettuato la visita deve risultare chiaramente dalla documentazione allegata alla richiesta di rimborso. La specializzazione del medico deve comunque essere attinente al tipo di patologia che ha reso necessaria la visita.**

- 12. Non sono utili ai fini del rimborso le certificazioni mediche rilasciate da medico chirurgo o da medico specialista per prestazioni rese da altri medici specialisti.**
- 13. Non sono utili ai fini del rimborso le certificazioni mediche rilasciate da medici specialisti per patologie non inerenti la loro specializzazione. Parcelle e spese giustificate da tali certificazioni saranno rimborsate nella misura prevista al paragrafo 6.2.1,b).**
- 14. Intramoenia :** le prestazioni effettuate da medici specialisti che hanno liberamente optato di svolgere la propria attività libero professionale nella forma così definita "*intramoenia*", anche se effettuate in luoghi ed ambienti diversi dalla struttura pubblica da cui dipendono, verranno rimborsate esclusivamente se documentate con fattura emessa dal medico specialista, su carta intestata della struttura pubblica da cui lo stesso dipende.
Non si procederà ad alcun rimborso di spese aggiuntive, inerenti la stessa prestazione del medico specialista, giustificate da fattura, emessa da terzi e riguardante l'uso di strutture, strumentazioni e quant'altro.
- 15. Qualora la documentazione medica e/o di spesa, inviata alla Cassa Mutua con richiesta di rimborso, presentasse manomissioni, oltre a non sortire alcun rimborso, il caso verrà sottoposto all'attenzione del Comitato Amministratore per l'applicazione di eventuali sanzioni.**

Articolo 6 - Prestazioni extra-ospedaliere

Le prestazioni extra-ospedaliere vanno effettuate, nelle strutture sanitarie situate nell'ambito territoriale di residenza dell'Assistito. Qualora l'interessato si trovi nella necessità di eseguirle altrove, la Cassa non rimborsa eventuali spese di viaggio o trasferimento, comprese quelle di un eventuale accompagnatore. Eventuali deroghe devono essere autorizzate dalla Cassa Mutua in via preventiva.

N.B. Con l'attribuzione delle competenze in materia sanitaria alle Regioni, l'assistito che voglia eseguire prestazioni di visite o accertamenti diagnostici presso strutture del S.S.N. in regioni diverse da quella di residenza, paga, se non esistono appositi accordi fra regioni, le prestazioni per intero e non con ticket.

6.1) - Alta diagnostica

La Cassa rimborsa le spese extra-ospedaliere per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:

- angiografia
- angiografia digitale
- arteriografia digitale
- cistografia
- coronarografia
- diagnostica radiologica
- dialisi
- doppler
- ecocardiogramma
- ecografia
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- fluorangiografia
- isterosalpingografia
- radionefrogramma
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- tac
- telecuore
- urografia

La garanzia di cui al presente punto **6.1)** viene prestata fino a concorrenza del massimale di **€ 7.750,00=** per anno sanitario e per nucleo familiare assistito. Le prestazioni sopraelencate non sono soggette ad alcuna franchigia.

- Documentazione : richiesta di rimborso, prescrizione del medico specialista con indicazione, accertata o presunta, della patologia in atto, fattura del medico specialista o della struttura sanitaria ove la prestazione è stata eseguita.

6.2) - Altre garanzie

6.2.1) **Visite specialistiche**

La Cassa rimborsa le spese riguardanti gli onorari medici per visite specialistiche, escluse comunque le visite odontoiatriche ed ortodontiche, salvo quanto indicato nei successivi articoli.

a. Visite specialistiche per patologie attinenti il titolo accademico di specializzazione del medico.

Documentazione: richiesta di rimborso, parcella con allegata certificazione attestante la patologia riscontrata del medico specialista che ha effettuato la visita.

Il rimborso per tale prestazione viene erogato nella misura massima di **€ 200,00= a visita**, compresi gli accertamenti effettuati ed indicati in parcella, con una **franchigia del 20%** a carico dell'assistito.

b. Visite mediche specialistiche non accompagnate dalla documentazione richiesta dal Regolamento sanitario.

Documentazione: richiesta di rimborso, parcella del medico che ha effettuato la visita.

Il rimborso per tale prestazione viene erogato nella misura massima di **€100,00= a visita**, compresi gli accertamenti effettuati ed indicati in parcella, con una **franchigia del 50%** a carico dell'assistito.

Le prestazioni ai punti 1 e 2 vengono erogate fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di **€2.000,00=**.

6.2.2) **Analisi ed esami diagnostici e di laboratorio effettuati in strutture private:**

La Cassa rimborsa le prestazioni di cui al presente paragrafo effettuate c/o strutture private nella misura del **75%** della spesa sostenuta, fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di **€500,00=**.

- Documentazione : richiesta di rimborso, ricevuta fiscale della struttura sanitaria privata.

Se le analisi e gli esami diagnostici vengono effettuati in strutture pubbliche: vedi tickets.

6.2.3) Prestazioni di chemioterapia, radioterapia e cobaltoterapia:

La Cassa rimborsa le prestazioni di cui al presente paragrafo fino a concorrenza del massimale di € 7.750,00= per anno sanitario e per nucleo familiare assistito, senza l'applicazione di alcuna franchigia.

- Documentazione : richiesta di rimborso, prescrizione del medico specialista con indicazione della patologia, fattura del medico specialista o della struttura sanitaria ove la prestazione è stata eseguita.

6.3) - Tickets

a)-Strutture pubbliche. Prevenzione e controllo.

Le spese sostenute per prestazioni sanitarie, anche a titolo di esami di controllo e di prevenzione, sia mediche che di diagnostica, effettuate in strutture pubbliche, saranno rimborsate, senza applicazione di alcuna franchigia, dietro presentazione delle apposite notule (**tickets**) rilasciate dalle amministrazioni delle ASL. Sono compresi i tickets relativi alle Cure Termali.

b)-Strutture private convenzionate

Le fatture, invece, emesse dalle strutture private accreditate/convenzionate, devono indicare analiticamente gli esami effettuati e le corrispondenti tariffe applicate, distinguendo quelle riferite a tickets, secondo le tariffe stabilite con decreto dell'Organismo pubblico competente, Ministero della Sanità o Regione, da quelle applicate per prestazioni di carattere privato fornite dalla struttura sanitaria.

Le fatture delle strutture private che riportano un unico importo per più di una prestazione senza fornire il dettaglio saranno ritenute non ticket e rimborsate nella misura del 75% della spesa sostenuta fino al massimo di € 500,00= per anno sanitario e nucleo familiare.

- Documentazione : richiesta di rimborso, prescrizione del medico di base in fotocopia, ricevuta/fattura della struttura pubblica od accreditata/convenzionata ove viene effettuata la prestazione.

6.4) – Trattamenti fisioterapici e rieducativi. Laserterapia ed Infiltrazioni articolari

Premesso che sono escluse dal rimborso le spese inerenti CURE/TERAPIE in generale, il presente Regolamento prevede la fornitura delle terapie appresso elencate, in caso di patologie OSTEOARTICOLARI e MUSCOLOSCHIELETRICHE, diagnosticate da medico specialista in ortopedia o fisioterapia e da questi prescritte:

Diadinamica	Laserterapia
Diatermia	Magnetoterapia
Elettroterapia	Massoterapia
Ginnastica posturale	Mobilizzazioni articolari e vertebrali
Idrokinesiterapia	Rieducazione motoria
Infiltrazioni articolari	Tecarterapia
Ionoforesi	Tens
Ipertermia	Terapia ad onde d'urto
Irradiazione Infrarossa	Trazione scheletrica
Kinesiterapia	Ultrasuonoterapia

Tali trattamenti fisioterapici e rieducativi devono essere effettuati, da fisioterapisti diplomati ed abilitati che svolgono attività professionale nell'ambito o per conto di un Centro medico/sanitario di cui è responsabile un medico, e saranno rimborsati con l'applicazione di uno scoperto del **30% fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di €1.000,00=.**

I trattamenti fisioterapici effettuati al di fuori della competenza territoriale sanitaria di residenza dell'iscritto dovranno essere opportunamente motivati.

Non verranno presi in considerazione i trattamenti effettuati presso strutture di centri sportivi, piscine, palestre e luoghi simili anche se di questi è responsabile/titolare un medico o un fisioterapista.

Le **infiltrazioni articolari, cioè la procedura medica che consiste nell'iniettare un farmaco direttamente all'interno delle articolazioni,** vengono rimborsate se eseguite da medico specialista ortopedico o fisiatra e seguono le condizioni del presente paragrafo.

Per infiltrazioni articolari si intendono alle grandi articolazioni, ovvero: caviglia, ginocchio, anca, polso, gomito, spalla e per la colonna vertebrale solo le cerniere C6-D1 e D12-L1.

Il rimborso per le infiltrazioni articolari potrà essere erogato solo se le patologie (osteoarticolari e muscoloscheletriche) per le quali vengono effettuate saranno diagnosticate attraverso accertamenti strumentali.

La **laserterapia,** quando non è intervento, viene considerata prestazione fisioterapica e segue le condizioni del presente paragrafo.

- **Documentazione** : richiesta di rimborso, prescrizione del medico specialista in ortopedia o fisioterapia con indicazione della patologia, fattura del centro medico presso il quale viene effettuata la prestazione o del fisioterapista abilitato che l'ha effettuata.

N.B. Per le esclusioni vedere lettere "b" ed "h" al successivo articolo 8).

6.5) –Trattamenti logopedici e riabilitazione psicomotoria fino a ~~12~~ 16 anni

Limitatamente agli assistiti che non abbiano compiuto il sedicesimo anno di età, la Cassa Mutua rimborserà all'iscritto le spese relative ai trattamenti logopedici e alla

riabilitazione psicomotoria nella misura massima di **€ 1.500,00=** ~~€ 750,00=~~ annue per assistito, con l'applicazione di una franchigia del 30%.

- Documentazione : richiesta di rimborso, prescrizione del medico specialista in pediatria, ricevuta fiscale emessa dal logopedista o del terapeuta della **psicomotricità**.

6.6) – Prestazioni omeopatiche, agopuntura

Le visite mediche omeopatiche e le prestazioni di agopuntura, effettuate esclusivamente da medico chirurgo, vengono rimborsate con uno scoperto del **50% fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di €500,00=**.

- Documentazione : richiesta di rimborso, prescrizione di medico chirurgo con indicazione della patologia, ricevuta fiscale.

6.7) – Trattamenti chiropratici ed osteopatici

I trattamenti chiropratici ed osteopatici effettuati esclusivamente da medico chirurgo, vengono rimborsati con uno scoperto del 50% **fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di €500,00=**.

- Documentazione : richiesta di rimborso, prescrizione di medico specialista in ortopedia o fisioterapia con indicazione della patologia, ricevuta fiscale.

6.8) - Sostituzione e riparazione di protesi di parti anatomiche.

La Cassa provvede al rimborso delle spese **per l'acquisto di protesi di parti anatomiche**, con uno scoperto del **20%**, fino alla concorrenza massima di **€ 3.000,00=** ~~€ 2.585,00=~~, e per la **manutenzione e riparazione**, con uno scoperto del **20%**, fino alla concorrenza massima di **€1.000,00=**.

Il rimborso non può essere ripetuto prima che siano passati **quattro** ~~cinque~~ anni dal precedente.

- Documentazione : certificazione dello stato dell'assistito, fattura del fornitore.

6.9) – Inseminazione assistita

La Cassa Mutua, per i casi di accertata infertilità, rimborserà le spese sostenute per le procedure d'inseminazione (anche se effettuate in regime di ricovero), visite mediche, analisi, accertamenti diagnostici, controlli ed esami clinici, ad esclusione di qualsiasi medicinale, nella misura di **€ 1.500,00=** per anno e per nucleo familiare.

- Documentazione : richiesta di rimborso, certificazione dello specialista, documentazione di spesa.

6.10) – Odontoiatria da infortunio

In caso di infortunio, accaduto nel corso del presente anno sanitario, da qualsiasi causa determinato, la Cassa Mutua interviene con il rimborso delle spese odontoiatriche limitatamente al danno diretto subito e non a quello eventualmente indotto o causato da infortuni verificatisi negli anni precedenti, né le conseguenze future che da tale infortunio possano derivare.

L'intervento della Cassa consiste nel rimborso delle spese relative della riparazione del solo elemento dentario eventualmente danneggiato, fino alla concorrenza di €1.500,00=, per anno/nucleo, con uno scoperto del 30%.

- Documentazione: richiesta di rimborso, certificato del pronto soccorso presso il quale l'assistito si è subito recato a causa dell'infortunio, con indicazione del danno effettivamente riscontrato, parcella del medico specialista in odontoiatria.

N.B. Non saranno presi in considerazione i certificati del pronto soccorso che riportano danni non constatati direttamente al momento dell'infortunio, ma riferiti a posteriori dall'interessato. In tal caso non si dà seguito al rimborso.

6.11) - Gravidanza

La Cassa rimborsa, in stato di gravidanza accertata, le visite medico-specialistiche ginecologiche e gli esami diagnostici anche se di controllo (comprese ecografie) con il limite di ~~€2.500,00=~~ €2.070,00=.

In particolare, le prestazioni di **Amniocentesi e Villocentesi** sono soggette ad uno scoperto del **50%** se eseguite in soggetti di età inferiore ai **35 anni compiuti**.

La visita cardiologia e/o anestesiologicala propedeutica al parto verranno rimborsate con le modalità e le condizioni previste all'art. 6.2.1.

- Documentazione : richiesta di rimborso, certificazione medico specialistica (ginecologo), parcella medica, fatture per esami e quant'altro.

Articolo 7 - Prestazioni aggiuntive

7.1) - Rete Convenzionata

La Rete Convenzionata è costituita da un insieme di strutture composte di Ospedali ed Istituti di Carattere scientifico, di Centri Diagnostici e Poliambulatori nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste, selezionati secondo criteri di valenza sanitaria da un apposito staff specializzato che collabora con la società NEWMED.

L'elenco aggiornato dei Centri convenzionati è consultabile sul sito WEB di Newmed raggiungibile tramite il sito della Cassa Mutua collegato direttamente con Newmed.

Gli Assistiti saranno altresì dotati di tesserino identificativo, per nucleo familiare, da esibire presso le Strutture convenzionate, per ottenere agevolazioni sulle prestazioni sanitarie dalle stesse erogate.

In Italia la copertura territoriale è a livello nazionale. Per l'estero viene utilizzato il Network di MedNet International, partner azionario di Newmed, che comprende, fra le altre, strutture qualificate nei principali Paesi Europei e negli Stati Uniti.

I principali servizi offerti:

- accesso alla Rete di Strutture Sanitarie convenzionate fruendo di tariffe preferenziali e controllate;
- pagamento diretto delle prestazioni Ospedaliere per ricovero con o senza intervento chirurgico;
- gli assistiti della Cassa Mutua possono beneficiare anche di altri servizi compresi nella rete Newmed, quali ad esempio le convenzioni con studi odontoiatrici con i quali la Newmed ha stipulato appositi accordi a tariffe scontate, la “second opinion” che consiste nel poter ricevere consulti con altri medici specialisti in Italia e negli Stati Uniti, ed eventuali altri servizi che la Cassa Mutua non fornisce direttamente.

Il supporto agli Assistiti per l'utilizzo della Rete Convenzionata verrà fornito attraverso la Centrale Operativa di NEWMED.

Le prestazioni relative a ricoveri e ad interventi chirurgici fruite dall'Assistito nell'ambito della Rete Convenzionata, presso le Case di Cura, Ospedali e Istituti scientifici, saranno rimborsate secondo le modalità previste dal presente Regolamento agli art.5.1), 5.2), 5.3), di seguito riepilogate:

Prestazione	Franchigia su struttura sanitaria	Franchigia su onorari medici	Massimale
Ricovero con intervento chirurgico	limite retta degenza €260,00=	20%, massimo €3.000,00=	€110.000,00=
Ricovero senza intervento chirurgico	limite retta degenza €260,00=	=	€110.000,00=
Intervento in regime ambulatoriale o Day Hospital	limite retta degenza €260,00=	20%	€110.000,00=
Parto Cesareo	limite retta degenza €260,00=	=	€6.500,00=
Parto naturale	limite retta degenza €260,00=	=	€2.000,00=
Trattamento per i neonati	10%	10%	€1.000,00=
Laser occhi	=	=	€1.035,00= per un occhio €1.550,00= complessivo per entrambi gli occhi

La quota di competenza della Cassa Mutua verrà pagata direttamente dalla Cassa alla struttura interessata. Chi, trovandosi all'estero, avesse necessità di assistenza, può rivolgersi direttamente al **call center di Newmed** per ricevere tutte le informazioni e l'assistenza necessaria.

7.2) - Trasporto dell'Assistito in Italia

La Cassa, in casi di comprovata necessità, rimborsa le spese per il trasporto in Italia dell'Assistito in ospedale o in istituto di cura, effettuato con ambulanza o eli-ambulanza, fino ad un importo massimo di **€1.500,00=** per anno di copertura e per nucleo familiare.

Nel caso in cui l'assistito si trovi all'estero, verrà preso in considerazione il percorso dal confine alla struttura sanitaria, parametrando la spesa in funzione dei chilometri percorsi complessivamente dal luogo di partenza.

Documentazione : Richiesta di rimborso, certificazione medica dello stato del paziente che necessita del particolare tipo di trasporto, fattura della ditta che effettua la prestazione.

7.3) - Prestazioni infermieristiche, accompagnatore, trasporto all'Estero, forniture ortopediche

La Cassa rimborsa le seguenti particolari spese pertinenti le malattie e/o gli infortuni denunciati:

- assistenza infermieristica a domicilio da parte di infermiere diplomato con il limite di **€ 40,00=** al giorno, per un massimo di **30 giorni**;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura o in struttura alberghiera, qualora non sussistesse la disponibilità ospedaliera per ospitare un accompagnatore dell'Assistito ricoverato, con il limite giornaliero di **€ 80,00=** ~~€ 55,00=~~ **fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di €2.500,00=.**
- **forniture ortopediche, compreso il noleggio delle stese e di apparecchiature fisioterapiche o di telemedicina, purchè prescritte in cartella clinica a seguito di ricovero, fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 500,00=.**
- trasporto dell'Assistito e di un eventuale accompagnatore all'estero e viceversa in treno e con aereo, col massimo di **€1.500,00=**. La prestazione è soggetta a preventiva autorizzazione da parte della Cassa Mutua.
- Documentazione: richiesta di rimborso, certificazione medica giustificativa, fattura riguardante la prestazione.

7.4) - Trasporto della salma

In caso di morte dell'Assistito a seguito di ricovero in Istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico, la Cassa rimborsa le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, fino ad un importo massimo di **€1.500,00=** ~~€ 1.550,00=~~.

Il massimale è da intendersi per anno sanitario e per nucleo familiare.

Sono escluse dal rimborso le spese relative a cerimonie funebri, l'inumazione ed a quant'altro.

- Documentazione: richiesta di rimborso, certificato di morte, fattura della ditta che ha eseguito il trasporto o documentazione equipollente.

7.5) - Acquisto lenti

La Cassa rimborsa le spese sostenute per l'acquisto delle sole lenti, sempre che giustificato da prescrizione del **medico oculista** che certifichi la necessità di nuove lenti rispetto a quelle in uso dal paziente perché non più efficaci a seguito di avvenuta modificazione della capacità visiva dell'occhio (modifica del visus). S'intendono comprese anche lenti a contatto a lunga durata, escluse quelle usa e getta. La presente copertura sanitaria viene prestata **per persona** fino alla concorrenza del massimale di **€160,00= €130,00=** nel biennio con l'applicazione di uno scoperto del **30%** a carico dell'Assistito.

Per difetti di rifrazione superiori alle 4,5 diottrie per almeno un occhio il massimale previsto è elevato ad €200,00= nel biennio.

La prestazione, qualora la vista si modifichi ulteriormente, potrà essere ripetuta non prima che siano trascorsi 24 mesi dalla precedente.

Per gli assistiti fino al compimento del 12° anno d'età la prestazione si intende annuale.

- Documentazione: richiesta di rimborso, certificazione dell'oculista in originale che attesti la modifica del visus indicando la differenza di diottrie rispetto ai valori precedenti, fattura del negoziante con specifica indicazione del tipo di lenti e marca, prezzo delle sole lenti distinto dalla montatura. **La prescrizione dell'oculista deve essere di data non anteriore di 90 ~~60~~ giorni dall'acquisto.**
- Le richieste di rimborso con documentazione non conforme a quella prescritta non verranno prese in considerazione e saranno respinte.

7.6) - Ortodonzia

Limitatamente agli assistiti che non abbiano compiuto il **18° ~~16°~~** anno di età, la Cassa rimborserà all'iscritto le spese per cure ortodontiche comprensive di visite, prestazioni e apparecchiature, effettuate da medico dentista.

La prestazione si interrompe nel giorno di compimento del **18° ~~16°~~** anno di età dell'interessato.

La garanzia si intende prestata **annualmente per nucleo familiare ~~per persona~~** entro il massimale di **€2.000,00= €365,00=** per anno sanitario, con l'applicazione di uno scoperto del **30%** per ogni visita e/o prestazione e/o apparecchiatura. La prestazione ortodontica viene fornita alla condizione che venga effettuata sulla dentizione definitiva e non sui denti decidui.

- Documentazione: richiesta di rimborso, programma ortodontico del medico dentista, parcella del dentista o ricevuta della struttura pubblica con indicazione della prestazione ortodontica effettuata.

7.7) - Recupero per intossicazione da stupefacenti e/o alcolici

Qualora nel corso dell'anno sanitario uno o più componenti del nucleo familiare Assistito, immuni da tossicodipendenza ed etilismo, venissero colpiti da intossicazione da stupefacenti e/o alcolici, la Cassa si obbliga a corrispondere all'Assistito, dopo ricovero continuativo presso comunità terapeutiche riconosciute dallo Stato, da Regioni o da Comuni, un'indennità di **€2.000,00= €1.550,00=** per anno di copertura e per nucleo familiare.

Tale indennità di ricovero sarà versata, su presentazione di apposita dichiarazione della Comunità terapeutica che compri il compimento del Programma terapeutico individualizzato, predisposto dalla Comunità stessa e, comunque, al compimento del biennio dal comprovato ricovero continuativo dell'Assistito in caso di maggior durata del programma.

7.8) - Apparecchi acustici

La Cassa interviene per l'acquisto e l'eventuale riparazione di apparecchi acustici in caso di riduzione del senso dell'udito, dietro prescrizione del medico specialista. E' prevista una contribuzione fino ad un massimo di **€ 2.000,00= € 1.550,00=** per nucleo familiare, utilizzabile una sola volta nell'arco temporale di un biennio.

- Documentazione: richiesta di rimborso, prescrizione del medico otorino, esame audiometrico effettuato presso la struttura pubblica, fattura del fornitore che fornisce o ripara l'apparecchiatura.

7.9) - Prestazioni all'estero

Le prestazioni di qualsiasi genere per le quali l'assistito intende rivolgersi a strutture estere nell'ambito dell'Europa dell'€uro, saranno considerate come effettuate in Italia. Le prestazioni di qualsiasi genere effettuate al di fuori dell'Europa dell'€uro devono essere preventivamente autorizzate dalla Cassa Mutua che si riserva di richiedere all'interessato tutta la documentazione che dovesse ritenere necessaria. L'autorizzazione sarà rilasciata per iscritto all'interessato.

7.10) – Estrazione di Ottavi inclusi (denti del giudizio)

La Cassa Mutua rimborsa le spese di estrazione degli ottavi (denti del giudizio) inclusi con uno scoperto del 30% fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di **€750,00= €715,00=**.

Il rimborso della prestazione sarà effettuato dopo che la Commissione medica della Cassa Mutua avrà esaminato l'ortopantomica (il cui costo verrà interamente rimborsato) effettuata prima dell'intervento dalla quale dovrà risultare l'inclusione del/dei denti interessati.

- Documentazione : richiesta di rimborso, ortopantomica (sulla quale deve essere riportato cognome e nome dell'assistito e data dell'esecuzione,

mediate fototimbro o pennarello indelebile), fattura del medico dentista che ha effettuato la prestazione.

7.11) Asportazione di nei/nevi

La Cassa Mutua rimborsa le spese per asportazione di nei/nevi, comunque effettuate da medico specialista in dermatologia, con uno scoperto del 30%, nella misura massima di **€250,00** per componente del nucleo familiare.

La prestazione è soggetta alla valutazione della Commissione medica di Cassa Mutua in relazione all'esito dell'esame istologico (che viene interamente rimborsato dalla Cassa Mutua) il quale deve dimostrare l'esistenza di una patologia evolutiva.

Non vengono rimborsate le asportazioni di nei/nevi aventi carattere di prevenzione, effettuate in regime di pagamento privato.

Le asportazioni effettuate presso le strutture del S.s.n., in regime di ticket, vengono rimborsate anche se effettuate a titolo di prevenzione.

- Documentazione : richiesta di rimborso, referto dell'esame istologico, ricevuta fiscale, relazione del medico specialista in dermatologia che ha effettuato la prestazione.

7.12) Radiologia odontoiatrica

La Cassa Mutua rimborsa le spese per i seguenti accertamenti radiologici effettuati per patologie odontoiatriche e/o paradontali ovvero: ortopantomica, telecranio, tac dentedscan, stratigrafia ATM, radiografie endorali periapicali.

Il rimborso per tale prestazione viene erogato con una franchigia del 30% fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di **€250,00=**.

- Documentazione: richiesta di rimborso, ricevuta fiscale della struttura di radiologia presso il quale è stato effettuato l'accertamento.

7.13) Gnatologia

La Cassa Mutua rimborsa le spese per le visite gnatologiche e l'acquisto del dispositivo bite con una franchigia del 30% fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di **€250,00=**.

- Documentazione: richiesta di rimborso, ricevuta fiscale emessa dal medico specialista in gnatologia che ha effettuato la visita e/o ricevuta fiscale del laboratorio odontotecnico che ha prodotto il dispositivo bite.

Articolo 8 - Limiti delle prestazioni

Sono escluse dal rimborso tutte le prestazioni non specificatamente previste negli articoli che precedono. In particolare non sono ammesse a rimborso le spese relative a:

- a. intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- b. prestazioni mediche riguardanti trattamenti sclerosanti, ozonoterapia, ossigenoterapia, mesoterapia e simili;
- c. eliminazione di nei o nevi mediante laser se non documentati da preventivo esame istologico dal quale risulti patologia;
- d. chirurgia plastica a scopo estetico, salvo per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età e quella a scopo ricostruttivo da infortunio, sia in ricovero che ambulatoriale;
- e. infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- f. le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- g. le protesi dentarie e in ogni caso le cure odontoiatriche e delle paradontopatie, compresi gli accertamenti di tipo radiografico, quando non siano rese necessarie da infortunio accertato da referto del pronto soccorso ove l'assistito è stato esaminato dopo l'incidente;
- h. ricoveri e prestazioni avvenuti in "Beauty Farm", alberghi o centri della salute o del benessere, centri estetici o istituti assimilabili, palestre, piscine, centri sportivi, anche se gestiti da personale medico o di proprietà di medici anche se specialisti;
- i. interventi laser e terapie mediche riconducibili a prestazioni di carattere estetico;
- j. le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- k. aborto volontario non terapeutico;
- l. ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e simili) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- m. spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, comunque eseguite, se non previste specificatamente nei capitoli del presente Regolamento;
- n. non verranno rimborsate le richieste di rimborso ove si riscontrino irregolarità, omissioni o manomissioni di notule, di prescrizioni medico specialistiche e di altri documenti sia di spesa che di certificazione, salvo ulteriori provvedimenti sanzionatori da parte del Comitato Amministratore della Cassa Mutua.
- o. qualsiasi prestazione sanitaria non prevista dal presente regolamento deve essere valutata dal Comitato Amministratore e, se del caso, preventivamente autorizzata.

Articolo 9 - Persone non assicurabili

La copertura sanitaria è operante per tutta la durata di iscrizione alla Cassa.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro, decade automaticamente anche l'iscrizione alla Cassa Mutua per l'intero nucleo familiare.

Qualora il rapporto di lavoro cessa per quiescenza, le prestazioni vengono a cessare a meno che il pensionato faccia domanda, nei termini e nei tempi previsti dallo Statuto/ Regolamento della Cassa, di rimanere iscritto nel suo nuovo stato.

Per i famigliari dell'Isritto la copertura sanitaria verrà prestata sino al giorno di compimento del **75°** anno di età. Non si darà corso al rimborso di eventuali ratei di contributo per i mesi dell'anno successivi a quello di cessazione.

Le prestazioni terminano con il decesso del pensionato per tutto il nucleo familiare senza dar luogo a rimborso di eventuali ratei di contributo.

Coloro che non fanno più parte del nucleo familiare dell'iscritto perdono ogni diritto alle prestazioni. Così anche coloro dei famigliari che formano un nuovo nucleo con il matrimonio o la convivenza perdono ogni diritto alle prestazioni della Cassa.

Articolo 10 – Copertura vita intera

Gli iscritti ex dipendenti, a partire dal 1 gennaio 2002, godranno del beneficio di avere la copertura sanitaria per tutto il loro ciclo vitale.

La copertura riguarderà le prestazioni previste dal presente Regolamento sia per le spese di ricoveri ospedalieri che per prestazioni extraospedaliere e quelle aggiuntive modificate nei termini e nella misura di seguito specificati.

A) – Prestazione ospedaliere

Il massimale annuo complessivo delle prestazioni ospedaliere per ricoveri con o senza intervento chirurgico di cui al punto **5.1** è ridotto del **50%**.

Le condizioni di cui ai punti **5.3 – 5.4 - 5.5 rimangono invariate .**

Le prestazioni del paragrafo **5.2 – 5.5.3** restano escluse.

Le prestazioni del paragrafo **5.5.1 - 5.5.2** sono limitate fino ad un massimo di **100 giorni all'anno.**

B) – Prestazioni extraospedaliere

Le prestazioni e le condizioni di cui ai paragrafi **6.1 – 6.2** restano immutate.

Le prestazioni di cui al paragrafo **6.2.8 - 6.3** sono escluse.

C) Prestazioni aggiuntive

Le prestazioni e le condizioni di cui ai paragrafi **7.1 – 7.2 – 7.3 – 7.4 – 7.5 – 7.8 – 7.9** restano immutate.

Le prestazioni di cui al paragrafo **7.6 – 7.7 - 7.10** sono escluse.

Articolo 11 - Termini di aspettativa

L'anno sanitario inizia dalle ore 00.00 dell'1 gennaio e termina alle ore 24.00 del 31 di dicembre di ciascun anno.

Per gli Assistiti di nuova assunzione l'anno sanitario decorrerà dalla data di assunzione e terminerà il 31 dicembre dello stesso anno. Per questi le spese riferite ad eventi in corso alla data di assunzione non sono rimborsabili.

Articolo 12 - Estensione territoriale e modifiche al Regolamento

La copertura sanitaria vale per il mondo intero.

Qualora il Comitato Amministratore ~~Centrale~~ dovesse apportare modifiche al presente Regolamento, le documentazioni di spesa pervenute successivamente alle modifiche seguiranno il nuovo trattamento.

Articolo 13 - Denuncia dell'infortunio o della malattia **Obblighi dell'Assistito**

L'Assistito deve presentare la richiesta di rimborso con allegata la documentazione di spesa, come previsto dalle modalità del presente Regolamento, al momento che ne abbia avuto la possibilità e comunque non oltre il **60°** giorno dalla data di emissione della fattura, **qualunque sia l'importo**, o dalla data di rilascio della cartella clinica.

Alla scadenza anniversaria dell'anno sanitario (31 dicembre dell'anno di riferimento), pena decadenza del rimborso, il termine per la presentazione delle richieste di rimborso, corredate dalla documentazione di spesa in originale, scade improrogabilmente al **31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, salvo diversa disposizione del Comitato Amministratore ~~Centrale~~**.

Il termine sopra indicato, per coloro che fossero interessati da eventi per i quali si è reso necessario il ricovero in ospedale o casa di cura privata e non siano venuti ancora in possesso della documentazione sanitaria (cartella clinica o documento equipollente) è fissato al **28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento**.

La denuncia deve essere corredata di necessaria documentazione medica, come di seguito precisato:

- in caso di ricovero, anche se in day hospital : **la cartella clinica**
- in caso di Infortunio: **il certificato del Pronto Soccorso**
- in caso di intervento ambulatoriale: **la relazione medica**
- per qualsiasi prestazione: **l'indicazione della patologia diagnosticata o presunta.**

La Cassa, qualora lo ritenesse necessario, può richiedere in qualunque momento la documentazione attestante lo "status" del familiare per il quale viene richiesto il rimborso.

Non vanno presentate con la stessa richiesta di rimborso fatture dell'anno precedente e quelle del nuovo anno.

Gli assistiti che non risultassero in regola con la posizione anagrafica al momento della richiesta di prestazioni non potranno godere dell'assistenza della Cassa Mutua se non da quando la posizione viene regolarizzata.

L'Assistito, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici indicati dalla Cassa e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso, non opponendo alcun divieto, salvo rinunciare alle prestazioni della Cassa.

In caso di decesso dell'iscritto la richiesta di rimborso di spese sanitarie previste in applicazione del presente Regolamento dovranno essere inoltrate da un familiare convivente al momento del decesso.

Nel caso del decesso la liquidazione del sinistro avverrà in favore degli eredi aventi titolo a norma delle vigenti leggi e dietro presentazione di idonea documentazione. Eventuali casi diversi, opportunamente documentati, verranno esaminati da parte del Comitato Amministratore.

I rimborsi che per qualsiasi motivo non saranno liquidati, confluiranno in un fondo di solidarietà generale.

Articolo 14 - Criteri di rimborsabilità

La Cassa effettua il rimborso all'Assistito dopo la presentazione della documentazione prevista, comprese notule e fatture in originale debitamente quietanzate.

Non si darà luogo a rimborsi qualora le fatture abbiano data antecedente a quella della prestazione medica.

L'Assistito, per le prestazioni rimborsate dalla Cassa, è tenuto a corrispondere alla Cassa gli indennizzi a Lui rimborsati in forza delle normative vigenti dal Servizio Sanitario Nazionale, dalle Regioni o dagli altri eventuali Enti competenti, e dallo stesso richiesti in conformità a quanto stabilito dal Regolamento della Cassa.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'ufficio italiano dei Cambi o, in mancanza, della Banca d'Italia.

Non si darà corso alla restituzione delle cartelle cliniche ed altri documenti non rappresentativi di spesa.

L'Assistito è tenuto a restituire alla Cassa Mutua quanto percepito indebitamente per errori, per posizioni anagrafiche non corrette, per comunicazioni di cambiamenti o modifiche del proprio nucleo familiare non inviate alla Cassa Mutua e per qualsiasi altro motivo rilevato irregolare dalla Cassa Mutua.

Articolo 15 - Assistenza Indiretta

La Cassa effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto previsto dal presente Regolamento sanitario dietro presentazione, in originale ed unitamente al modulo di richiesta predisposto dalla Cassa ed opportunamente compilato dall'Isritto, delle relative notule/fatture quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla cartella clinica.

La documentazione deve essere intestata a colui che ha ricevuto la prestazione; il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Isritto con accredito sul c/c bancario indicato dallo stesso. Agli effetti del rimborso, tutte le prestazioni devono essere prescritte ed effettuate da un medico specialista e corredate della relativa diagnosi.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo salvo quanto eventualmente previsto nei singoli paragrafi.

Art. 16 Assistenza Diretta Prestazioni Ospedaliere

L'assistenza diretta viene erogata agli Assistiti nell'ambito delle Strutture presenti nella Rete Convenzionata, inclusi i Professionisti medici che esercitano all'interno di queste, **esclusivamente per le spese ospedaliere**.

La Cassa effettua il pagamento delle prestazioni ospedaliere ricevute dall'Assistito a termine di Convenzione in regime di assistenza diretta, cioè con il pagamento da parte dell'Assistito delle sole eccedenze e spese diverse da quelle sanitarie.

Per accedere all'assistenza diretta l'Assistito è tenuto ad inoltrare alla Centrale Operativa di Newmed, per la presa in carico, con preavviso di almeno due giorni, apposita richiesta di prestazione a mezzo fax. Eccezionalmente, per i casi di urgenza, la richiesta può essere fatta a mezzo telefono con invio del fax subito dopo.

Articolo 17 - Sanzioni

Il Comitato Amministratore sottoporrà a sanzioni di carattere amministrativo, fino alla espulsione dell'isritto, come previsto dall'Art. 3, comma 10, dello statuto – terzo alinea -, coloro i quali dovessero commettere azioni disdicevoli nei confronti della Cassa Mutua Nazionale e/o irregolarità nella richiesta di rimborso e nelle documentazioni accluse, sempre che non si debba procedere altrimenti per i casi più gravi.

Articolo 18 - Commissione Tecnico Sanitaria

La Commissione Tecnico Sanitaria è preposta all'esame di controversie che dovessero insorgere fra Assistito e Cassa Mutua in materia di applicazione del Regolamento sanitario e delle eventuali direttive del Comitato Amministratore in merito alla liquidazione di rimborsi.

La Commissione è composta da tre membri del Comitato Amministratore, designati fra i componenti di parte sindacale tra cui il vice-presidente della Cassa Mutua con funzioni di Presidente. La Commissione è assistita dal Coordinatore Nazionale e può avvalersi della consulenza di medici e/o di legali.

La Commissione opera per esperire un tentativo di composizione bonaria della vertenza.

Le eventuali spese sono a carico del ricorrente.

Laddove il tentativo di conciliazione non abbia esito positivo, nel caso che si tratti di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti, Assistito e Cassa Mutua, si obbligano a conferire, con apposito atto, mandato di decidere sul merito e sulla misura dei rimborsi, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo, con funzioni di presidente, di comune accordo o, in caso contrario dal presidente dell'Ordine dei Medici di Roma.

La sede dell'arbitrato è in Roma presso la Cassa Mutua o nel luogo stabilito da colui che viene incaricato a presiedere la Commissione arbitrale.

Ciascuna delle parti sostiene le spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo, inoltre, per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti. Il relativo verbale deve essere sottoscritto almeno dalla maggioranza del collegio.

Il ricorso alla Commissione Tecnica o all'arbitrato medico sanitario va presentato entro il termine di 90 giorni dalla comunicazione della Cassa Mutua con la quale viene respinta la richiesta di rimborso.

Cassa Mutua Nazionale
Comitato Amministratore

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Ai fini del raddoppio del massimale di cui all'art. 5) del Regolamento delle Prestazioni Sanitarie si considerano gli interventi appresso indicati:

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia ~~per tumori maligni.~~

Chirurgia Ortopedica

- **Artroprotesi totale di spalla.**
- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale ~~per tumori maligni.~~
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo ~~per tumori maligni.~~
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.