



Cassa Mutua Nazionale
per il personale delle Banche di Credito Cooperativo

Regolamento Annuale delle
prestazioni – 2014

Approvato dal Comitato Amministratore il 20 dicembre 2013

INDICE

Premessa.....	3
Capitolo 1 - Nozioni Generali.....	4
Articolo 1 – Oggetto del Regolamento Annuale delle prestazioni....	4
Articolo 2 – Tipologia delle prestazioni.....	4
Articolo 3 – Definizioni.....	4
Articolo 4 – Beneficiari delle prestazioni.....	6
Capitolo 2 – Prestazioni Ospedaliere.....	6
Indicazioni sulla documentazione.....	6
Termini per l’invio della documentazione.....	7
Articolo 5 – Prestazioni Ospedaliere.....	7
Capitolo 3 – Prestazioni Extraospedaliere ed Aggiuntive.....	11
Indicazioni sulla documentazione.....	11
Termini per l’invio della documentazione.....	12
Articolo 6 – Prestazioni Extraospedaliere.....	12
Articolo 7 – Prestazioni Aggiuntive.....	17
Capitolo 4 – Altre disposizioni.....	21
Articolo 8 – Limiti delle prestazioni.....	21
Articolo 9 – Copertura vita intera.....	22
Articolo 10 – Termini di aspettativa.....	22
Articolo 11 – Estensione territoriale e modifiche al Regolamento Annuale delle prestazioni.....	22
Articolo 12 – Denuncia dell’infortunio o della malattia: Obblighi del Beneficiario.....	23
Articolo 13 – Criteri di rimborsabilità.....	23
Allegato 1 – Elenco Interventi chirurgici.....	24
Allegato 2 – Prestazioni in forma indiretta.....	26
Allegato 3 – Prestazioni aggiuntive locali in forma diretta.....	27
Allegato 4 – Prestazione LTC – stati di non autosufficienza.....	28

PREMESSA

1. Lo Statuto della Cassa Mutua Nazionale, all'art. 3, 2° 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 Destinatari in servizio ed in quiescenza.
2. Il presente Regolamento Annuale delle prestazioni si compone di 13 articoli e di 3 allegati ed ha validità dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014, definito come "anno sanitario", salvo eventuali modifiche che fossero apportate in corso d'anno.
3. Le prestazioni sanitarie, fatti salvi gli articoli 6.2.b), 6.5), 6.13), devono essere giustificate da uno stato patologico. Sono, pertanto, escluse le prestazioni a carattere di prevenzione.
4. Le richieste di rimborso devono essere corredate della documentazione medica prevista dal presente Regolamento Annuale delle prestazioni e devono essere inviate alla Cassa Mutua Nazionale nei termini stabiliti dallo stesso (cfr. Termini per l'invio della documentazione a pag. 7 per prestazioni Ospedaliere e a pag. 12 per prestazioni Extraospedaliere ed Aggiuntive).
5. Le richieste di rimborso non in regola con le norme del presente Regolamento Annuale delle prestazioni verranno respinte.
6. Le richieste di rimborso vanno effettuate con l'apposita modulistica predisposta dalla Cassa Mutua Nazionale 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 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 Nazionale rimborsa esclusivamente le prestazioni esplicitamente indicate in ciascun articolo, alle condizioni e con le modalità ivi previste. Limiti delle prestazioni sono espressi all'art. 8) del presente Regolamento Annuale delle prestazioni.
11. La Cassa, in relazione alle prestazioni oggetto di richiesta di rimborso, si riserva di richiedere in ogni momento ulteriore documentazione riguardante patologie, esami, analisi, spese e quant'altro ritenga necessario per l'evasione della pratica, nonché sottoporre il beneficiario a visita medica di controllo a carico della Cassa, anche preventivamente alla prestazione oggetto di richiesta di rimborso. In caso di rifiuto dell'invio dei documenti richiesti o di sottoporsi a visita medica la Cassa potrà valutare la possibilità di interrompere il rimborso.
12. E' esclusa dal rimborso l'IVA applicata a qualsiasi tipologia di spesa.
13. Imposta di bollo: per effetto dell'applicazione dell'art. 13 del DPR n. 642/72 ogni esemplare di ricevuta, quietanza o documento fiscalmente valido non soggetto ad IVA, rilasciato per importo pari o superiore ad € 77,48 deve essere assoggettato ad imposta di bollo, nella misura attualmente fissata di € 2,00. Pertanto, ai fini del rimborso di tali documenti, è necessario che risultino assoggettati a detta imposta di bollo che non sarà oggetto di rimborso da parte della Cassa Mutua Nazionale.

CAPITOLO 1 **Nozioni generali**

Articolo 1

Oggetto del Regolamento Annuale delle prestazioni

Il presente Regolamento Annuale delle prestazioni, predisposto ed approvato dal Comitato Amministratore, disciplina l'erogazione delle prestazioni sanitarie in esso indicate.

Termini, limiti, modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni sono descritti e regolati dagli articoli che seguono.

Eventuali interpretazioni e chiarimenti su norme del presente Regolamento Annuale delle prestazioni potranno essere fornite solo dal Comitato Amministratore.

Articolo 2

Tipologia delle prestazioni

Le prestazioni erogate dalla Cassa Mutua Nazionale, direttamente o per il tramite di strutture di supporto, si suddividono in Ospedaliere, Extra-ospedaliere ed Aggiuntive. Le prestazioni verranno riconosciute solo in dipendenza di malattie o stati patologici accertati, gravidanza ed infortuni verificatisi nel corso dell'anno sanitario, fatti salvi gli articoli 6.2.b), 6.5).

Le prestazioni verranno rese sulla base delle disponibilità contributive dell'esercizio.

Il Comitato Amministratore potrà variare, in qualunque momento, a suo insindacabile giudizio, termini e modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni.

Delle avvenute variazioni verrà data pubblicità a mezzo di apposita circolare alle Aziende, con il compito di informare i propri dipendenti, mentre i Destinatari in quiescenza verranno informati direttamente dalla Cassa Mutua Nazionale.

Qualsiasi informativa verrà inoltre pubblicizzata sulla pagina WEB della Cassa Mutua Nazionale consultabile sia per mezzo del sistema di rete Intranet P01- NET che in Internet al seguente indirizzo:

www.cmn.bcc.it

Le richieste di rimborso, in caso di modifica del Regolamento Annuale delle prestazioni in corso d'anno, saranno evase, da parte della Cassa Mutua Nazionale, con applicazione delle norme vigenti al momento della spesa o della data di ricovero ospedaliero, sempre se corredate della documentazione prevista.

Articolo 3

Definizioni

Definizione dei termini che verranno utilizzati nel testo che segue :

per "Cassa":	la Cassa Mutua Nazionale per il Personale delle Banche di Credito Cooperativo
per "Destinatario":	i prestatori di lavoro subordinato ed i pensionati, quali titolari del diritto di assistenza
per "Beneficiario":	i soggetti aventi diritto alle prestazioni a norma dello Statuto
per "famigliare"	i famigliari del Destinatario, beneficiari delle prestazioni a norma dello Statuto

per “nucleo familiare”	il Destinatario ed i suoi familiari beneficiari delle prestazioni a norma dello Statuto
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 “regime di ricovero”	forma di erogazione dell’assistenza ospedaliera. Può assumere le modalità di “ricovero ordinario” e ricovero in “day hospital” (ricovero in regime di degenza diurna). La permanenza in pronto soccorso non costituisce ricovero.
per “ricovero ordinario”:	ricovero programmato o d’urgenza della durata di uno o più giorni per il trattamento di patologie non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare. Il ricovero ordinario prevede obbligatoriamente l’apertura di cartella clinica
per “ricovero in day-hospital”:	ricovero programmato a ciclo diurno, di durata inferiore ad una giornata, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche che non possono essere eseguite a livello ambulatoriale poiché richiedono osservazione medica ed infermieristica protratta. Può esaurirsi in un solo giorno o ripetersi con cicli di ricoveri diurni programmati. Il ricovero diurno (day hospital) prevede obbligatoriamente l’apertura di una cartella clinica valida per tutto il periodo di ricovero e per più accessi nell’arco di un anno.
per “ricovero in day-surgery”:	ricovero in day-hospital a fini chirurgici
per “intervento ambulatoriale”:	prestazioni chirurgiche effettuate presso ambulatorio pubblico o privato
per “cartella clinica”	documento legale di ricovero, previsto obbligatoriamente dalla normativa vigente
per “franchigia”:	percentuale delle spese non coperte dalla Cassa che rimangono a carico del beneficiario
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 direttamente e/o tramite altro operatore
per “medico chirurgo”:	laureato in medicina e chirurgia ed iscritto al relativo albo professionale
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
per “fisioterapista”:	tecnico diplomato, specializzato e abilitato all’esecuzione di terapie fisiche
per “massimale”	livello massimo di rimborso, per persona o nucleo familiare, corrisposto dalla Cassa nell’anno di vigenza del presente Regolamento Annuale delle prestazioni
per “logopedista”	operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge trattamenti riabilitativi delle patologie del

	linguaggio
per “protesi”	dispositivi artificiali che sostituiscono la funzionalità di un arto
per “terapista della psicomotricità”	operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge trattamenti riabilitativi delle malattie neuropsichiatriche infantili
per “infiltrazioni articolari”	le infiltrazioni alle grandi articolazioni, ovvero: caviglia, ginocchio, anca, polso, gomito, spalla e per la colonna vertebrale solo le cerniere C6-D1 e D12-L1.
per “lenti a contatto a lunga durata”	lenti a contatto per le quali è previsto un utilizzo minimo di sei mesi
per “trapianto d’organo”	trasferimento di organo da donatore a ricevente
per “SDO”	Scheda di dimissione ospedaliera prevista obbligatoriamente dalla normativa vigente quale parte integrante della cartella clinica

Articolo 4

Beneficiari delle prestazioni

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 famigliare 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 famigliare a carico.

I famigliari e gli altri soggetti di cui ai commi precedenti cessano di beneficiare delle prestazioni della Cassa con il 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 dei beneficiari alla data di assunzione del Destinatario.

Il Comitato Amministratore, in relazione a casi ritenuti di particolare gravità, può, eccezionalmente, deliberare interventi assistenziali di solidarietà con l’erogazione di prestazioni sanitarie una tantum.

CAPITOLO 2

Prestazioni Ospedaliere

Indicazioni sulla Documentazione

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

1. Cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria (casa di cura, ospedale, etc...) in copia conforme per tutti i casi di ricovero con e senza intervento chirurgico, parto, day hospital e day surgery. In caso di intervento ambulatoriale occorre la relazione medica dell’intervento.
2. Fattura della struttura sanitaria (casa di cura, ospedale, etc...) 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 sanitaria.

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 Cassa potrà richiedere eventuali ulteriori dettagli.

E' esclusa dal rimborso l'IVA applicata a qualsiasi voce di spesa.

3. Fatture/ricevute fiscali (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...) o ha esercitato attività sanitarie nell'ambito del ricovero, risultanti dalla cartella clinica. Sono esclusi dal rimborso l'IVA ed i costi previdenziali eventualmente applicati sulle fatture/ricevute fiscali.
4. Scontrini farmacia (previsti per le garanzie ai punti 5.1.1e) e 5.1.2c)): devono riportare il codice fiscale del paziente e il codice AIC.

Termini per l'invio della documentazione:

1. La richiesta di rimborso, corredata dalla documentazione di spesa, va inviata alla Cassa al più presto, insieme alla cartella clinica. Qualora la documentazione di spesa e la cartella clinica non dovessero pervenire alla Cassa entro il termine di 90 giorni dalla data di dimissioni del beneficiario, è necessario, entro lo stesso termine di 90 giorni, rivolgere alla Cassa istanza scritta di proroga dei termini indicando i motivi del ritardo. La Cassa si riserva di esaminare tale istanza comunicando l'eventuale accoglimento.
2. In corrispondenza del termine dell'anno sanitario (31 dicembre di ogni anno), la documentazione riguardante eventi di ricovero, con o senza intervento chirurgico, con dimissioni dalla struttura sanitaria avvenute entro tale data (31 dicembre di ogni anno), deve pervenire al più tardi entro il 28 febbraio dell'anno successivo.
3. Ogni ricovero, è definito dalla cartella clinica che lo riguarda. Qualora un beneficiario venisse ricoverato nello stesso anno per più di una volta, con cartelle cliniche separate, ogni ricovero genera un evento autonomo.
4. In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, in struttura sanitaria pubblica o privata, la liquidazione delle prestazioni viene effettuata applicando al rimborso le norme del Regolamento Annuale delle prestazioni 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 in regime privato, con o senza intervento chirurgico ed interventi chirurgici effettuati ambulatorialmente ed in Day Hospital (fatto salvo quanto previsto nei successivi articoli).

La Cassa rimborsa:

- 5.1.1)** In caso di intervento chirurgico o 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 risultante da cartella clinica.

- 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 linfodrenaggio, i medicinali, gli esami post-intervento effettuati nel corso del ricovero;
- c. rette di degenza;
- 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 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, trattamenti logopedici effettuati da logopedista o da terapeuta della psicomotricità, agopuntura effettuata da medico, ticket cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.

La Cassa rimborsa le prestazioni elencate nel presente articolo con le seguenti franchigie:

- punto a) con franchigia del 30% con il massimo di € 4.500,00=
- punto b) con franchigia del 30%
- punto c) con il limite massimo di € 260,00= giornaliera
- punti d) ed e) con franchigia del 20% .

Il limite massimo di rimborso sulla retta di degenza e le franchigie non vengono applicati esclusivamente nei casi di ricovero per gli interventi chirurgici elencati nell'allegato 1);

Per tutti gli interventi al naso di carattere funzionale viene obbligatoriamente richiesto, con la cartella clinica, un esame preventivo di rinomanometria. Qualora si richiedesse un preventivo parere di rimborsabilità è necessario produrre, oltre la rinomanometria, la relazione medico specialistica dell'intervento da effettuare ed il preventivo complessivo dell'intervento, dettagliato per le singole voci di spesa.

5.1.2) In caso di ricovero in struttura sanitaria che non comporti intervento chirurgico:

- a. rette di degenza;
- b. accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali effettuati nel corso del ricovero;
- c. visite specialistiche, esami, medicinali 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, trattamenti logopedici effettuati da logopedista o del terapeuta della psicomotricità, 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 elencate nel presente articolo con le seguenti franchigie:

- punto a) con il limite massimo di € 260,00= giornaliera
- punti b) con franchigia del 30%
- punto c) con franchigia del 20%.

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;
- b. onorari del chirurgo ed eventualmente dell'anestesista.
- c. diritti di sala operatoria e materiali di intervento, compresi i medicinali e gli esami diagnostici effettuati nel corso dell'intervento.

La documentazione di spesa deve essere accompagnata da una relazione medica dell'intervento. La Cassa rimborsa le prestazioni elencate nel presente articolo con le seguenti franchigie:

- punto a) con il limite massimo di € 260,00= giornaliera
- punto b) con franchigia del 30% con il massimo di € 4.500,00=
- punto c) con franchigia del 30%.

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 €110.000=, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno sanitario e per ciascun nucleo familiare.

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 e ricovero di neonati per trattamento terapeutico

La Cassa rimborsa le spese inerenti:

5.2.1) Parto Cesareo

- a. gli onorari dei componenti l'equipe medico-chirurgica che effettua l'intervento, risultanti dalla cartella clinica;
- b. i diritti di sala operatoria, compreso il materiale d'intervento;
- c. nel corso del 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 fino a concorrenza del massimale di € 6.500,00=

5.2.2) In caso di parto non cesareo:

- a. gli onorari dei componenti l'equipe medico-chirurgica e dell'ostetrico che effettuano 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. nel corso del 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 fino a concorrenza del massimale di € 2.000,00=.

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, effettuato per accertata patologia

La Cassa rimborsa le spese inerenti:

accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, cure, effettuati nel corso del ricovero, nella misura massima di € 1.000,00= con l'applicazione di una franchigia del 10%.

5.3) In caso di intervento per correzione di difetto rifrattivo 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 € 1.350,00= e per una spesa complessiva di € 2.000,00= per ambedue gli occhi, anche se l'intervento viene eseguito separatamente in esercizi sanitari diversi consecutivi. Il massimale è omnicomprendivo di tutte le spese pre e post intervento effettuate nei 120 giorni precedenti e successivi. Le fatture relative alle spese pre intervento devono essere inviate insieme a quelle inerenti l'intervento stesso.

5.4) Anticipazioni

Nei casi di ricovero per il quale il Destinatario abbia la necessità di un anticipo sul rimborso spettante, la Cassa anticipa, su richiesta del Destinatario, un importo massimo dell'80% del totale rimborsabile a norma del presente Regolamento Annuale delle prestazioni, salvo conguaglio da effettuare alla presentazione della documentazione definitiva. La richiesta deve essere corredata da certificazione medico specialistica attestante la patologia per la quale è necessario il ricovero e preventivo analitico di spesa sottoscritto dalla struttura sanitaria interessata. La percentuale dell'anticipazione è direttamente proporzionale alla progressività della spesa.

5.5) Diarie – Prestazioni sostitutive

Qualora, in caso di ricovero del beneficiario, anche per le prestazioni esplicitamente escluse dal rimborso di cui all'art. 8, tutte le spese di cui ai paragrafi 5.1), 5.2), 5.3) siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (quindi non del beneficiario), la Cassa corrisponderà, esclusivamente dietro presentazione della cartella clinica, un'indennità forfetaria alle condizioni appresso indicate:

5.5.1) Ricovero con intervento chirurgico o parto spontaneo

In caso di ricovero con intervento o 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 sanitario per nucleo familiare.

5.5.2) Ricovero senza intervento chirurgico

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 sanitario 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, a partire dal sesto e con un massimo di 25 gg per neonato.

5.5.4) Day Hospital / Day Surgery

Per “Day Hospital” e “Day Surgery” sono definiti i ricoveri documentati da apposita cartella clinica in cui viene esplicitato il regime di ricovero in Day Hospital o Day Surgery.

La cartella clinica del ricovero in regime di Day Hospital o Day Surgery deve essere rilasciata dall’amministrazione della struttura sanitaria.

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 del ciclo dietro presentazione della relativa cartella clinica.

In tal caso, compete un’indennità forfetaria di € 50,00= per ogni giorno di accesso in regime di day-hospital registrato nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) presente all’interno della cartella clinica, per un massimo di 30 giorni nell’anno sanitario e per nucleo familiare.

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.

Fanno eccezione le prestazioni riabilitative effettuate nei 120 giorni successivi ai ricoveri inerenti interventi chirurgici di cui all’allegato 1 del presente Regolamento, per i quali è stata corrisposta la diaria. In tali casi il rimborso avviene fino a concorrenza del massimale di € 1.000,00 a persona per anno sanitario.

CAPITOLO 3

Prestazioni Extraospedaliere ed Aggiuntive

Indicazioni sulla Documentazione

1. Dal nuovo Codice di Deontologia Medica, si riporta il testo dell’art. 24: *Certificazione – Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti.*
2. Le richieste di rimborso devono pervenire alla Cassa nel termine di 60 giorni dalla data di emissione delle fatture, pena il mancato rimborso della prestazione.
3. La Cassa non rimborsa, allo stato, spese sanitarie per prestazioni, ovunque effettuate, a titolo di controllo e prevenzione, fatti salvi gli articoli 6.2.b), 6.5), 6.13).
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 Annuale delle prestazioni.
6. Sono escluse dal rimborso le spese inerenti CURE/TERAPIE, ad eccezione di quelle previste dal presente Regolamento Annuale delle prestazioni, 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 dal presente Regolamento Annuale delle prestazioni non dà luogo ad alcun rimborso.
9. Non sono ammesse a rimborso le prestazioni sanitarie sulle cui fatture sia stata applicata l’IVA in quanto, ai sensi dell’art. 10, D.P.R. 26/10/72 n. 633 e successive modificazioni, ne sono esenti.
10. Sono esclusi dal rimborso i costi previdenziali eventualmente applicati sulle fatture/ricevute fiscali.

11. L'indicazione del titolo accademico di specializzazione del medico che ha effettuato la visita/o rilasciato una prescrizione deve risultare chiaramente dalla documentazione allegata alla richiesta di rimborso. Nel caso in cui la ricevuta della prestazione specialistica venga emessa da una struttura sanitaria è necessario che dalla stessa ricevuta si evinca il nome del medico ed il titolo di specializzazione.
La specializzazione del medico deve comunque essere attinente al tipo di patologia che ha reso necessaria la visita e/o le prestazioni prescritte. 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.b).
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. 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 sanitaria pubblica da cui dipendono, verranno rimborsate esclusivamente se documentate con ricevuta fiscale/fattura emessa dal medico specialista, su carta intestata della struttura sanitaria pubblica da cui lo stesso dipende.
14. Qualora la documentazione medica e/o di spesa, inviata alla Cassa con richiesta di rimborso, presentasse manomissioni, oltre a non sortire alcun rimborso, verrà sottoposta all'attenzione del Comitato Amministratore per l'applicazione di eventuali sanzioni.

Termini per l'invio della documentazione:

1. La richiesta di rimborso, corredata dalla documentazione di spesa, va inviata alla Cassa al più presto. Qualora la documentazione non dovesse pervenire alla Cassa entro il termine di 60 giorni dall'emissione della ricevuta fiscale per cui si richiede il rimborso, è necessario, entro lo stesso termine di 60 giorni, rivolgere alla Cassa istanza scritta di proroga dei termini indicando i motivi del ritardo. La Cassa si riserva di esaminare tale istanza comunicando l'eventuale accoglimento.
2. In corrispondenza del termine dell'anno sanitario (31 dicembre di ogni anno), la documentazione deve pervenire al più tardi entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

Articolo 6

Prestazioni extra-ospedaliere

Le prestazioni extra-ospedaliere vanno effettuate, di norma, nelle strutture sanitarie situate nell'ambito del territorio regionale di residenza del beneficiario. La Cassa, comunque, non rimborsa spese di viaggio o trasferimento, comprese quelle di un eventuale accompagnatore, salvo quanto previsto all'art.7.2.d).

Con l'attribuzione delle competenze in materia sanitaria alle Regioni, il beneficiario che voglia eseguire prestazioni sanitarie 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.

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

6.1) Alta diagnostica

La garanzia di cui al presente punto 6.1) viene prestata fino a concorrenza del massimale di € 3.500,00= per anno sanitario e per nucleo familiare con l'applicazione delle seguenti franchigie:

a. franchigia del 30% per:

• angiografia	• isterosalpingografia
• angiografia digitale	• radionefrogramma
• arteriografia digitale	• risonanza magnetica nucleare
• cistografia	• scintigrafia
• coronarografia	• tac
• dialisi	• pet
• fluorangiografia	

b. franchigia del 50% per:

• diagnostica radiologica	• elettroencefalografia
• doppler	• telecuore
• ecocardiogramma	• topografia
• ecografia	• urografia
• elettrocardiografia	• oct – Tomografia a coerenza ottica

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

6.2) 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), secondo le seguenti due modalità:

- Visite mediche specialistiche effettuate per patologie attinenti il titolo accademico di specializzazione del medico che le esegue.
Il rimborso per tale prestazione viene erogato nella misura massima di € 110,00=a visita, compresi gli accertamenti effettuati contestualmente ed indicati nella ricevuta fiscale, con una franchigia del 15% a carico del beneficiario.
 - Documentazione: richiesta di rimborso, ricevuta fiscale del medico specialista che ha effettuato la visita, certificazione attestante la patologia rilasciata dal medico specialista che ha effettuato la visita.
- Visite mediche specialistiche effettuate non a causa di patologia o per patologie non attinenti il titolo accademico di specializzazione del medico che le esegue.
Il rimborso per tale prestazione viene erogato nella misura massima di € 60,00= a visita, compresi gli accertamenti effettuati contestualmente ed indicati nella ricevuta fiscale, con una franchigia del 50% a carico del beneficiario.
 - Documentazione: richiesta di rimborso, ricevuta fiscale del medico specialista che ha effettuato la visita.

Le prestazioni al punto 6.2) vengono erogate fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 2.000,00=.

6.3) Analisi ed esami diagnostici e di laboratorio effettuati in regime privato:

La Cassa rimborsa le prestazioni di cui al presente paragrafo effettuate in regime privato secondo le seguenti due modalità.

Analisi ed esami diagnostici e di laboratorio effettuati per patologie attinenti il titolo accademico di specializzazione del medico specialista che le prescrive.

Il rimborso per tale prestazione viene erogato con una franchigia del 50% a carico del beneficiario, fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 1.500,00=.

- Documentazione: richiesta di rimborso, ricevuta fiscale della struttura sanitaria, prescrizione attestante la patologia rilasciata dal medico specialista.

Se le analisi e gli esami diagnostici vengono effettuati in regime di convenzione S.S.N.: vedi tickets art.6.5).

6.4) Prestazioni di chemioterapia, radioterapia, cobaltoterapia e ipertermia oncologica:

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, senza l'applicazione di alcuna franchigia.

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

6.5) Tickets

Le spese sostenute per prestazioni sanitarie, anche a titolo di esami di controllo e di prevenzione, sia mediche che di diagnostica, effettuate in regime di convenzione S.s.n., saranno rimborsate, senza applicazione di alcuna franchigia, dietro presentazione delle apposite notule (tickets, intendendosi con ciò prestazioni che prevedono la compartecipazione diretta dei cittadini alla spesa pubblica del SSN/ovvero SSR) rilasciate dalle strutture sanitarie. Sono compresi i tickets relativi alle Cure Termali ed alle prestazioni esplicitamente escluse dal rimborso di cui all'art. 8.

Le fatture 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 secondo quanto previsto all'art. 6.3) del presente Regolamento Annuale delle prestazioni.

- Documentazione : richiesta di rimborso, ricevuta fiscale/fattura della struttura sanitaria pubblica od accreditata/convenzionata ove viene effettuata la prestazione.

6.6) Trattamenti fisioterapici e rieducativi. Laserterapia ed Infiltrazioni articolari

Premesso che sono escluse dal rimborso le spese inerenti CURE/TERAPIE in generale, il presente Regolamento Annuale delle prestazioni prevede la copertura delle spese per le terapie appresso elencate, in caso di patologie OSTEOARTICOLARI e MUSCOLOSCELETRICHE,

diagnosticate da medico specialista in ortopedia, fisioterapia, reumatologia, neurologia, cardiologia e medicina dello sport e da questi prescritte:

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

Tali trattamenti fisioterapici e rieducativi devono essere effettuati da fisioterapisti diplomati ed abilitati che svolgono attività professionale autonoma, ovvero nell'ambito di un Centro medico/sanitario o di uno studio fisioterapico ed anche in collaborazione con piscine comunali, e sono rimborsati con l'applicazione della franchigia del 30% fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 1.000,00=.

I trattamenti fisioterapici e rieducativi devono essere effettuati entro 6 mesi dalla data di prescrizione, salvo diverse specifiche indicazioni riportate dal medico specialista all'interno della prescrizione stessa.

I trattamenti fisioterapici effettuati al di fuori della competenza territoriale sanitaria di residenza del beneficiario devono essere opportunamente motivati.

Non verranno prese in considerazione fatture/ricevute fiscali emesse da centri sportivi, piscine, palestre e luoghi similari 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 chirurgo e seguono le condizioni del presente paragrafo. Il rimborso delle infiltrazioni articolari è previsto per l'onorario del medico chirurgo che le effettua e non per l'eventuale costo aggiuntivo del medicinale o delle sostanze infiltrate.

La Cassa si riserva di chiedere il referto dell'accertamento strumentale attraverso il quale è stata diagnosticata la patologia (osteoarticolare o muscoloscheletrica) per la quale viene effettuata l'infiltrazione articolare.

- Documentazione : richiesta di rimborso, prescrizione del medico specialista in ortopedia, fisioterapia, reumatologia, neurologia, cardiologia e medicina dello sport con indicazione della patologia, ricevuta fiscale/fattura del centro medico presso il quale viene effettuata la prestazione, del fisioterapista abilitato che l'ha effettuata, dallo studio fisioterapico o dalla piscina comunale presso la quale il fisioterapista collabora.

6.7) Trattamenti logopedici e riabilitazione psicomotoria fino a 16 anni

Limitatamente ai beneficiari che non abbiano compiuto il sedicesimo anno di età, la Cassa rimborsa le spese relative ai trattamenti logopedici e alla riabilitazione psicomotoria, compresa la prima visita logopedica o psicomotoria, nella misura massima di € 1.500,00= annui per beneficiario, 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.

6.8) Prestazioni omeopatiche, agopuntura

Le visite mediche omeopatiche, i relativi accertamenti (vega test, biorisonanza, EAV, etc.) e le prestazioni di agopuntura, effettuate esclusivamente da medico chirurgo, vengono rimborsate con la franchigia del 50% fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 500,00=.

- Documentazione: richiesta di rimborso, certificazione del medico chirurgo che effettua la prestazione, con indicazione della patologia, ricevuta fiscale della struttura sanitaria o del medico.

6.9) Trattamenti chiropratici ed osteopatici

I trattamenti chiropratici ed osteopatici effettuati esclusivamente da medico chirurgo, vengono rimborsati con la franchigia 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 della struttura sanitaria o del medico.

6.10) Sostituzione e riparazione di protesi di parti anatomiche.

La Cassa provvede al rimborso delle spese per l'acquisto di protesi di parti anatomiche, con la franchigia del 20%, fino alla concorrenza massima di € 3.000,00= all'anno per persona, e per la manutenzione e riparazione, con la franchigia del 20%, fino alla concorrenza massima di € 1.000,00= all'anno per persona.

- Documentazione: certificazione medica attestante la patologia, fattura del fornitore.

6.11) Inseminazione assistita/Fecondazione assistita

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

In caso di prestazioni di inseminazione/fecondazione non effettuate in Italia, la richiesta di rimborso deve essere obbligatoriamente accompagnata da relazione medica che attesti la conformità della pratica alle disposizioni di tempo in tempo vigenti nello Stato italiano.

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

6.12) Odontoiatria da infortunio

In caso di infortunio, la Cassa rimborsa le spese odontoiatriche limitatamente al danno diretto subito e non a quello eventualmente indotto o causato da infortuni verificatisi precedentemente, né le conseguenze future che da tale infortunio possano derivare.

Le spese rimborsabili riguardano la riparazione del solo elemento dentario eventualmente danneggiato, fino alla concorrenza di € 1.500,00= al infortunio, con la franchigia del 30%.

- Documentazione: richiesta di rimborso, certificato del pronto soccorso che ha riscontrato l'infortunio, ricevuta fiscale del medico specialista in odontoiatria.

Dal referto del pronto soccorso dovrà essere evidente il collegamento tra l'infortunio e gli interventi odontoiatrici necessari.

6.13) Gravidanza

In caso di gravidanza accertata, la Cassa rimborsa le visite medico-specialistiche ginecologiche e gli esami diagnostici anche se di controllo (comprese ecografie) fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 1.250,00=.

Inoltre, le prestazioni di Amniocentesi e Villocentesi eseguite in soggetti di età superiore ai 35 anni compiuti vengono rimborsate fino a concorrenza del massimale di € 350,00= con applicazione della franchigia del 50%.

Invece, Amniocentesi e Villocentesi eseguite in soggetti di età inferiore ai 35 anni compiuti non saranno oggetto di rimborso.

Le visite cardiologia ed anestesiologicala propedeutiche al parto vengono rimborsate con le modalità e le condizioni previste all'art. 6.2.b).

- Documentazione: richiesta di rimborso, certificazione del medico specialista in ginecologia attestante lo stato di gravidanza, la data di inizio della gravidanza e la data presunta del parto, ricevuta fiscale del medico specialista o della struttura sanitaria.

Articolo 7

Prestazioni aggiuntive

7.1) Trasporto del beneficiario in Italia

La Cassa, in casi di comprovata necessità, rimborsa le spese per il trasporto in Italia del beneficiario 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.

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

7.2) Prestazioni infermieristiche, accompagnatore, trasporto all'Estero, forniture ortopediche

La Cassa rimborsa le seguenti particolari spese pertinenti stati patologici:

- a. assistenza infermieristica a domicilio da parte di infermiere diplomato con il limite di € 40,00= al giorno, per un massimo di 30 giorni;
 - b. in caso di ricovero con pernottamento del beneficiario, per un accompagnatore: vitto e pernottamento in Istituto di cura o in struttura alberghiera, qualora non sussistesse la disponibilità ospedaliera, con il limite giornaliero di € 80,00= fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 2.500,00=;
 - c. forniture ortopediche, presidi, ausili terapeutici, apparecchiature fisioterapiche o di telemedicina, anche in noleggio, purché prescritte in cartella clinica a seguito di ricovero o a seguito di infortunio documentato dal referto del pronto soccorso, fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 500,00=.
 - d. servizi effettuati con vettore per il trasporto del beneficiario e di un eventuale accompagnatore all'estero e viceversa, col massimo di € 1.500,00= per evento e per nucleo familiare. La prestazione è soggetta a preventiva autorizzazione da parte della Cassa.
- Documentazione: richiesta di rimborso, certificazione medica giustificativa, ricevuta fiscale/fattura riguardante la prestazione.

7.3) Trasporto della salma

In caso di morte del beneficiario all'estero 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=.

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 fiscalmente valida.

7.4) Acquisto lenti

La Cassa rimborsa le spese sostenute per l'acquisto delle sole lenti, 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, con esclusione di quelle di tipo usa e getta. La presente copertura sanitaria viene prestata per persona fino alla concorrenza del massimale annuale di € 200,00= con l'applicazione di una franchigia del 30%.

Per prescrizione lenti dalla quale risulti che la somma dei difetti di rifrazione per almeno un occhio sia superiore alle 5 diottrie, il massimale annuale previsto è elevato ad € 300,00.

Per gli assistiti fino al compimento del 12° anno d'età la prestazione viene erogata anche se non resa necessaria da modifica del visus.

- 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 dell'ottico 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 90 giorni dall'acquisto.

7.5) Ortodonzia

Per i beneficiari che non abbiano compiuto il 18° anno di età, la Cassa rimborsa le spese per cure ortodontiche comprensive di visite, prestazioni e apparecchiature, effettuate da medico dentista e gli accertamenti radiologici necessari allo studio del caso (ortopantomica, telecranio, dentascan).

La prestazione si interrompe al compimento del 18° anno di età del beneficiario interessato.

La garanzia si intende prestata entro il massimale annuo per nucleo familiare di € 2.000,00= con l'applicazione di una franchigia del 25% 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 con indicazione della durata e del costo complessivi e del costo ripartito per gli anni di trattamento, ricevuta fiscale del dentista o ricevuta fiscale della struttura sanitaria pubblica con indicazione della prestazione ortodontica effettuata.

7.6) Recupero da tossicodipendenza ed etilismo

In caso di ricovero continuativo del beneficiario presso comunità terapeutiche per il recupero della tossicodipendenza e dell'etilismo riconosciute dallo Stato, Regioni e Comuni, la Cassa

riconosce un'indennità per evento per nucleo familiare di € 2.000,00 su presentazione di opportuna dichiarazione della comunità terapeutica che comprovi il compimento del programma terapeutico predisposto la cui durata non deve essere inferiore a 24 mesi.

- Documentazione: richiesta di rimborso, dichiarazione della comunità terapeutica che comprovi il compimento del programma terapeutico predisposto la cui durata non deve essere inferiore a 24 mesi.

7.7) Apparecchi acustici

La Cassa interviene per l'acquisto e l'eventuale riparazione di apparecchi acustici in caso di ipoacusia, dietro prescrizione del medico specialista. La garanzia si intende prestata fino a concorrenza del massimale annuale di € 2.000,00= per nucleo familiare.

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

7.8) Prestazioni all'estero

Le prestazioni sanitarie previste dal presente Regolamento Annuale per le quali il beneficiario intende rivolgersi a strutture estere devono essere preventivamente autorizzate dalla Cassa che si riserva di richiedere all'interessato tutta la documentazione che dovesse ritenere necessaria.

Tutta la documentazione in lingua straniera dovrà essere accompagnata dalla traduzione integrale in italiano.

7.9) Estrazione di Ottavi (denti del giudizio)

La Cassa rimborsa le spese di estrazione degli ottavi (denti del giudizio) con la franchigia del 30% fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 750,00=.

Il rimborso della prestazione sarà effettuato dopo che la Commissione medica della Cassa avrà esaminato l'ortopantomica (il cui costo verrà interamente rimborsato) effettuata prima dell'intervento dalla quale dovrà risultare l'ottavo elemento dentario oggetto dell'estrazione.

- Documentazione: richiesta di rimborso, ortopantomica (sulla quale deve essere riportato cognome e nome del beneficiario e data dell'esecuzione, mediate fototimbro o pennarello indelebile), ricevuta fiscale del medico dentista che ha effettuato la prestazione.

7.10) Asportazione di nei/nevi

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

La prestazione è soggetta alla valutazione della Commissione medica della Cassa in relazione all'esito dell'esame istologico (che viene interamente rimborsato dalla Cassa) 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.

7.11) Radiologia odontoiatrica

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

La prestazione viene erogata con applicazione della franchigia del 30% fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 250,00=.

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

7.12) Gnatologia odontoiatrica

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

1. Documentazione: richiesta di rimborso, ricevuta fiscale emessa dal medico odontoiatra che ha effettuato la visita e ricevuta fiscale del dispositivo bite.

7.13) Vaccino contro il Papillomavirus (prevenzione del tumore al collo dell'utero)

La Cassa rimborsa le spese per l'acquisto del vaccino contro il Papillomavirus per le ragazze di età compresa tra i 13 ed i 14 anni. La presente copertura sanitaria viene prestata con l'applicazione di una franchigia del 50%, fino a concorrenza del massimale una tantum a persona di € 280,00=.

2. Documentazione: richiesta di rimborso, prescrizione medica, scontrino della farmacia descrittivo del codice fiscale del paziente e del codice AIC.

7.14) Plantari

La Cassa rimborsa le spese per l'acquisto dei plantari prescritti, a fronte di patologia, da medico specialista in ortopedia, fisioterapia, medicina dello sport. La presente copertura sanitaria viene prestata con l'applicazione di una franchigia del 30%, fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 250,00=.

3. Documentazione: richiesta di rimborso, ricevuta fiscale dei plantari, prescrizione del medico specialista in ortopedia, fisioterapia, medicina dello sport attestante la patologia.

7.15) Prestazioni riabilitative per assistiti affetti da disabilità riconosciuta dall'INPS

La Cassa rimborsa le spese per prestazioni riabilitative effettuate da assistiti affetti da disabilità riconosciuta dall'INPS superiore ai due terzi, in caso di maggiorenni, ovvero, in caso di minorenni, con riconoscimento dell'handicap da parte della Asl. La presente copertura sanitaria viene prestata con l'applicazione di una franchigia del 30%, fino a concorrenza del massimale annuo a persona di € 500,00=.

4. Documentazione: richiesta di rimborso, ricevuta fiscale della terapia riabilitativa, copia del certificato di invalidità rilasciato dall'INPS o del certificato di riconoscimento dell'handicap della Azienda Sanitaria Locale.

7.16) Prestazione LTC – stati di non autosufficienza

La prestazione relativa agli stati di non autosufficienza è descritta nell'allegato 4) del presente Regolamento.

CAPITOLO 4 Altre disposizioni

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 prestazioni relative a:

- a. CURE/TERAPIE, comprese le cure omeopatiche e i medicinali;
- b. intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- c. prestazioni mediche riguardanti trattamenti sclerosanti, ozonoterapia, ossigenoterapia, mesoterapia e simili;
- d. eliminazione di nei o nevi mediante laser se non documentati da preventivo esame istologico dal quale risulti patologia evolutiva;
- e. 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;
- f. infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- g. conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- h. cure e prestazioni di qualsiasi genere, anche chirurgiche, di qualsiasi patologia odontoiatrica o paradontale o di altre patologie ad esse correlate o da esse causate, quando non siano rese necessarie da infortunio accertato da referto del pronto soccorso ove il beneficiario è stato esaminato dopo l'incidente;
- i. ricoveri e prestazioni avvenuti in "Beauty Farm", alberghi, case 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, o annessi a centri medici;
- j. prestazioni, di qualsiasi genere, conseguenti o riconducibili a prestazioni di carattere estetico o con finalità estetica;
- k. malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- l. aborto volontario non terapeutico;
- m. ricoveri per malattie croniche in strutture sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e simili) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- n. spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, comunque eseguite, se non previste specificatamente nei capitoli del presente Regolamento Annuale delle prestazioni;
- o. prestazioni di ogni genere, mediche o chirurgiche a carattere di prevenzione.
- p. i ricoveri, sia in regime ordinario che in day hospital, effettuati privatamente ed aventi esclusivo fine di eseguire visite/accertamenti/terapie che possano essere effettuati ambulatorialmente, senza recare pregiudizio alla salute del paziente;
- q. prestazioni, di qualsiasi genere, non consentite dalla legge italiana.

Articolo 9

Copertura vita intera

I Destinatari che compiono 75 anni, ed i relativi nuclei familiari, beneficiano delle prestazioni sanitarie previste dal presente Regolamento Annuale, nei termini di seguito elencati:

a. Prestazione ospedaliera

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 (salvo gli articoli 5.5.1 - 5.5.2 e 5.5.3).

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 – 6.3 – 6.4 – 6.5 – 6.6 – 6.8 – 6.9 – 6.10 – 6.12 restano immutate.

Le prestazioni di cui al paragrafo 6.7 - 6.11 – 6.13 sono escluse.

c. Prestazioni aggiuntive

Le prestazioni e le condizioni di cui ai paragrafi 7.1 – 7.2 – 7.3 – 7.4 – 7.7 – 7.8 – 7.10 – 7.11 – 7.12 – 7.13 – 7.14 – 7.15 restano immutate.

Le prestazioni di cui al paragrafo 7.5 – 7.6 - 7.9 sono escluse.

Articolo 10

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 i Destinatari 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 11

Estensione territoriale e modifiche al Regolamento Annuale delle prestazioni

La copertura sanitaria vale per il mondo intero (per le prestazioni all'estero vedere art. 7.8 del presente Regolamento Annuale delle prestazioni).

Qualora il Comitato Amministratore dovesse apportare modifiche al presente Regolamento Annuale delle prestazioni, le documentazioni di spesa pervenute successivamente alle modifiche saranno rimborsate con applicazione delle norme vigenti al momento della spesa o della dimissione ospedaliera.

Articolo 12

Denuncia dell'infortunio o della malattia - Obblighi del beneficiario

Il beneficiario deve presentare la richiesta di rimborso con allegata la documentazione di spesa, come previsto dalle modalità del presente Regolamento Annuale delle prestazioni, al momento che ne abbia avuto la possibilità e comunque non oltre il 60° giorno dalla data di emissione della ricevuta fiscale/fattura, qualunque sia l'importo, o dalla data di dimissione. Alla scadenza 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. Il termine sopra indicato, per coloro che fossero interessati da eventi per i quali si è reso necessario il ricovero in struttura sanitaria e non siano venuti ancora in possesso della documentazione sanitaria (cartella clinica o altra documentazione) è fissato al 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento.

Il Destinatario o il beneficiario deve 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 eseguito la visita, non opponendo alcun divieto, salvo rinunciare alle prestazioni della Cassa.

In caso di decesso del Destinatario la richiesta di rimborso di spese sanitarie previste in applicazione del presente Regolamento Annuale delle prestazioni deve essere inoltrata da un erede entro 60 giorni dal 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.

Articolo 13

Criteri di rimborsabilità

La Cassa effettua il rimborso al Destinatario. Non si darà luogo a rimborsi qualora le fatture abbiano data antecedente a quella della prestazione medica.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio del giorno di emissione della fattura, ricavato dalle quotazioni dell'ufficio italiano dei Cambi o, in mancanza, della Banca d'Italia.

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

La documentazione deve essere intestata a colui che ha ricevuto la prestazione; il rimborso avviene in ogni caso a favore del Destinatario con accredito sul c/c bancario indicato dallo stesso ed a lui intestato.

Cassa Mutua Nazionale
Comitato Amministratore

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Ai fini del raddoppio del massimale di cui all'art. 5) del Regolamento Annuale delle prestazioni 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, femorale, radiale, ulnare, tibiale.
- Tromboendarteriectomia 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.
- Mastectomia per tumore

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.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia.

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.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo.
- 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.
- Prostatectomia allargata per tumore

Trapianti d'organo

- Tutti.

PRESTAZIONI IN FORMA INDIRETTA

1. Copertura per i casi di sopraggiunto stato di non autosufficienza permanente in favore dei Destinatari in servizio e dei Destinatari in quiescenza successivamente al 1° gennaio 2008 che hanno aderito alla prestazione LTC.
La prestazione, da attivare con la Compagnia Assicuratrice, consente il rimborso delle spese sanitarie e dei servizi di assistenza con il massimale di € 18.400,00 annui. In alternativa, l'interessato può chiedere di beneficiare di un'indennità annua di € 18.400,00.
2. Copertura per i casi di premorienza da malattia in favore dei Destinatari in servizio presso le aziende facenti capo alla Federazione Veneta delle Banche di Credito Cooperativo.
La prestazione, da attivare con la Compagnia Assicuratrice, consente agli eredi di ottenere un indennizzo pari ad € 25.000,00.
3. Copertura per i casi di premorienza da malattia in favore dei Destinatari in servizio presso le aziende facenti capo alla Federazione Friuli Venezia Giulia delle Banche di Credito Cooperativo.
La prestazione, da attivare con la Compagnia Assicuratrice, consente agli eredi di ottenere un indennizzo pari ad € 50.000,00.
4. Copertura per i casi di premorienza da malattia in favore dei Destinatari in servizio (esclusi i dirigenti) presso le aziende facenti capo alla Federazione Lombarda delle Banche di Credito Cooperativo.
La prestazione, da attivare con la Compagnia Assicuratrice, consente agli eredi di ottenere un indennizzo pari ad € 40.000,00.
5. Copertura per i casi di premorienza da malattia in favore dei Destinatari in servizio (esclusi i dirigenti) presso le aziende facenti capo alla Federazione Campana delle Banche di Credito Cooperativo.
La prestazione, da attivare con la Compagnia Assicuratrice, consente agli eredi di ottenere un indennizzo pari ad € 25.000,00.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE LOCALI IN FORMA DIRETTA

1. Check-up in favore dei dipendenti delle Aziende aderenti alla Federazione Lombarda delle Banche di Credito Cooperativo. La Cassa rimborsa le spese per i protocolli check-up concordati localmente.
2. Check-up in favore dei dipendenti delle Aziende aderenti alla Federazione Veneta delle Banche di Credito Cooperativo. La Cassa rimborsa le spese per i protocolli check-up concordati localmente.
3. Garanzia per spese odontoiatriche in favore dei Destinatari in servizio presso le aziende aderenti alla Federazione Friuli Venezia Giulia delle Banche di Credito Cooperativo. La Cassa rimborsa dette spese nei termini e modalità concordate localmente.
4. Garanzia per spese odontoiatriche e per prestazioni sanitarie aggiuntive in favore dei Destinatari in servizio (esclusi i dirigenti) presso le aziende facenti capo alla Federazione Lombarda delle Banche di Credito Cooperativo. La Cassa rimborsa dette spese nei termini e modalità concordate localmente.
5. Garanzia per spese odontoiatriche in favore dei Destinatari in servizio presso le aziende aderenti alla Federazione Campana delle Banche di Credito Cooperativo. La Cassa rimborsa dette spese nei termini e modalità concordate localmente.

PRESTAZIONE LTC – stati di non autosufficienza

Destinatari della prestazione: tutti i Destinatari in servizio e quelli in quiescenza, con data di pensionamento dal 01/01/2008 in poi, che hanno mantenuto l'iscrizione alla Cassa Mutua Nazionale e la copertura LTC attraverso il versamento dell'apposito contributo.

Cessazione della prestazione: cessazione dell'iscrizione a CMN per qualsiasi causa; decesso del Destinatario.

La prestazione si articola in:

a. Copertura assicurativa LTC permanente a 40 punti:

la copertura per gli stati di non autosufficienza permanente è disciplinata dal Contratto Assicurativo stipulato in favore dei destinatari della prestazione come sopra individuati. Per poter beneficiare della copertura, ciascun destinatario interessato, per il quale dallo schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza (art. 6, polizza LTC) risulti accertato un punteggio di almeno 40 punti, deve prendere attenta visione del testo della polizza ed aprire autonomamente il sinistro con la Compagnia Assicuratrice, nei termini e modalità descritti nella stessa polizza e nella "Guida all'utilizzo della Copertura LTC".

Nessuna denuncia di sinistro o altre comunicazioni devono essere effettuate per il tramite della Cassa Mutua Nazionale.

Il risarcimento annuale vitalizio, o l'erogazione di prestazioni di pari importo, previsto per il triennio 2014-2016 è pari a 18.400 Euro e verrà erogato dalla Compagnia Assicuratrice. Termini e modalità della copertura sono descritti nel testo della Polizza Assicurativa "Copertura Collettiva per stati di non autosufficienza" pubblicata sul sito web della Cassa Mutua Nazionale www.cmn.bcc.it.

La copertura assicurativa prevede inoltre, nei casi di erogazione diretta della prestazione di assistenza (art. 7.1 polizza LTC), la costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (definito PAI) e l'assistenza del Case Manager, un infermiere con spiccate caratteristiche finalizzate alle problematiche legate alla non autosufficienza (cfr. scheda informativa sul "Case Manager" pubblicata sul sito web della Cassa Mutua Nazionale www.cmn.bcc.it).

b. Prestazione LTC permanente a 40 punti: la prestazione è riservata ai Destinatari, come sopra individuati, riconosciuti dalla Compagnia Assicuratrice in stato di non autosufficienza permanente con punteggio di 40 punti così come descritto al precedente paragrafo a).

A tali Destinatari la Cassa rimborsa le spese sostenute, di seguito descritte, fino a concorrenza del massimale annuale di € 5.000,00 (previsto per il triennio 2014-2016).

Modalità di attivazione: a seguito del riconoscimento dello stato di LTC permanente a 40 punti da parte della Compagnia Assicuratrice, invio a Cassa Mutua Nazionale della richiesta di rimborso inerente le prestazioni rimborsabili di seguito elencate.

Prestazioni rimborsabili:

1. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connesse allo stato di non autosufficienza, non previste dal Regolamento annuale di Cassa Mutua, quali, a titolo esemplificativo: prestazioni odontoiatriche, terapie in genere, presidi anche non previsti in cartella clinica, cure psicologiche.

Documentazione: richiesta di rimborso, copia della lettera ricevuta dalla Compagnia Assicuratrice relativa al riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente (questa da tramettere solo con la prima richiesta di rimborso), ricevute fiscali emesse da medici, fisioterapisti, psicologi, strutture sanitarie, ortopedie, fornitori di presidi.

2. prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di assistenza alla persona, connesse allo stato di non autosufficienza, fatturate da apposite cooperative sociali o risultanti da idonea documentazione di lavoro (busta paga, contratto di lavoro per badante e relativi contributi versati all'INPS), ausili e trasporti in ambulanza.

Documentazione: richiesta di rimborso, copia della lettera ricevuta dalla Compagnia Assicuratrice relativa al riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente (questa da tramettere solo con la prima richiesta di rimborso), ricevute fiscali emesse da cooperative sociali, ambulanze, fornitori di presidi, documentazione di lavoro (busta paga, contratto di lavoro per badante e relativi contributi versati all'INPS).

Inoltre, ai Destinatari che hanno aperto il sinistro con la Compagnia Assicuratrice, per i quali dallo schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza (art. 6, polizza LTC) risulti accertato un punteggio di almeno 40 punti, ma la Compagnia Assicuratrice non abbia ancora erogato l'indennizzo previsto dalla polizza LTC in quanto la pratica è in fase di istruttoria, la Cassa rimborsa, fino a concorrenza del massimale una-tantum di € 20.000,00, le spese sostenute per l'acquisto di presidi sanitari, ausili terapeutici, strutture mobili finalizzate al superamento delle barriere architettoniche.

Sono esclusi da tale prestazione i casi di non autosufficienza conseguenti a quanto descritto all'art. 16 della polizza LTC (Rischi esclusi)

Documentazione: richiesta di rimborso, copia del "fascicolo di richiesta di apertura del sinistro" trasmesso alla Compagnia Assicuratrice per l'apertura del sinistro, ricevute fiscali emesse da ortopedie, fornitori di presidi e ausili.

- c. Prestazione LTC temporanea a 40 punti: la prestazione è riservata ai Destinatari, come sopra individuati, in condizione di non autosufficienza temporanea, con punteggio di 40 punti, calcolato sulla base dello schema di accertamento delle 6 ADL, riscontrato e certificato sull'apposita modulistica dal medico curante.

La Cassa rimborsa le spese sostenute, di seguito descritte, fino a concorrenza del massimale una tantum di € 6.000,00, con franchigia di 30 giorni dalla data di insorgenza dello stato di LTC per il periodo massimo di 5 mesi (pertanto, sono rimborsabili le spese sostenute successivamente ai primi 30 giorni dalla data di insorgenza dello stato di non autosufficienza, per i 150 giorni successivi), nei casi di:

- LTC temporanea a 40 punti;
- LTC presumibilmente permanente a 40 punti, in attesa del riconoscimento da parte della Compagnia assicuratrice, da attivare nel periodo intercorrente tra la richiesta inoltrata alla Compagnia ed il riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente.

Sono esclusi da tale prestazione i casi di non autosufficienza conseguenti a quanto descritto all'art. 16 della polizza LTC (Rischi esclusi).

Modalità di attivazione: al raggiungimento dei 40 punti sulle 6 ADL, in base allo schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza (art. 6, polizza LTC), invio a Cassa Mutua Nazionale della richiesta di rimborso inerente le prestazioni rimborsabili di seguito elencate:

1. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connesse allo stato di non autosufficienza, non previste dal Regolamento annuale di Cassa Mutua, quali, a titolo esemplificativo:

prestazioni odontoiatriche, terapie in genere, presidi anche non previsti in cartella clinica, cure psicologiche.

Documentazione: richiesta di rimborso, certificazione del medico curante, con compilazione di apposita modulistica da parte dello stesso medico, attestante lo stato di non autosufficienza, la causa e la data di insorgenza, ricevute fiscali emesse da medici, fisioterapisti, psicologi, strutture sanitarie, ortopedie, fornitori di presidi.

2. prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di assistenza alla persona, connesse allo stato di non autosufficienza, fatturate da apposite cooperative sociali o risultanti da idonea documentazione di lavoro (busta paga, contratto di lavoro per badante e relativi contributi versati all'INPS), ausili e trasporti in ambulanza.

Documentazione: richiesta di rimborso, certificazione del medico curante, con compilazione di apposita modulistica da parte dello stesso medico, attestante lo stato di non autosufficienza, la causa e la data di insorgenza, ricevute fiscali emesse da cooperative sociali, ambulanze, fornitori di presidi, documentazione di lavoro (busta paga, contratto di lavoro per badante e relativi contributi versati all'INPS).

Le prestazioni previste al terzo capoverso del punto b) (massimale una-tantum di € 20.000,00) e quelle previste al punto c) (massimale una-tantum di € 6.000,00) non sono, in alcun modo, tra loro cumulabili.