Cassa Mutua Nazionale per il personale delle Banche di Credito Cooperativo

Nomenclatore annuale delle prestazioni 2022

Approvato dal Comitato Amministratore il 20 dicembre 2021

INDICE

Premessa Pag. 4

Modalità di presentazione delle richieste Pag. 4

Norme generali Pag. 4

Capitolo 1 - Nozioni Generali

- Articolo 1 – Oggetto del Nomenclatore Annuale delle prestazioni Pag. 6
- Articolo 2 – Tipologia delle prestazioni e modifiche al Nomenclatore Pag. 6
- Articolo 3 – Definizioni Pag. 7
- Articolo 4 – Beneficiari delle prestazioni Pag. 9
- Articolo 5 – Criteri di rimborsabilità e obblighi del Beneficiario Pag. 10
- Articolo 6 – Decesso del Destinatario Pag. 10
- Articolo 7 – Garanzia vita intera Pag. 10
- Articolo 8 – Termini di aspettativa Pag. 11
- Articolo 9 – Estensione territoriale Pag. 11

Capitolo 2 – Prestazioni Ospedaliere

- Indicazioni sulla documentazione Pag. 12
- Termini per l'invio della documentazione Pag. 12

- Pag. 13 Articolo 10 – Prestazioni Ospedaliere

RICOVERO IN REGIME PRIVATO, CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO ED INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI AMBULATORIAMENTE ED IN DAY HOSPITAL	Pag. 13
RICOVERO PER PARTO E RICOVERO DI NEONATI PER TRATTAMENTO TERAPEUTICO	Pag. 15
INTERVENTO AGLI OCCHI PER CORREZIONE DI DIFETTO REFRATTIVO METODICA LASER - INIEZIONI INTRAVITREALI	Pag. 16
ANTICIPAZIONI	Pag. 16
DIARIE - PRESTAZIONI SOSTITUTIVE	Pag. 17

Capitolo 3 – Prestazioni Extraospedaliere

- Indicazioni sulla documentazione Pag. 18
- Termini per l'invio della documentazione Pag. 19

- Pag. 20 Articolo 11 – Prestazioni Extraospedaliere

PRESTAZIONI ACCESSORIE PER MALATTIA O INFORTUNIO	Pag. 20
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E ANALISI	Pag. 22
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	Pag. 24
TICKET	Pag. 25
PRESTAZIONI RIABILITATIVE	Pag. 26
PLANTARI – SOSTITUZIONE E RIPARAZIONE PROTESI DI PARTI ANATOMICHE	Pag. 28
RICERCA MATERNITA' E GRAVIDANZA	Pag. 29
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	Pag. 30
LENTI DA VISTA E APPARECCHI ACUSTICI	Pag. 32
ASPORTAZIONI DERMATOLOGICHE	Pag. 33
VACCINI	Pag. 33
OMEOPATIA E AGOPUNTURA	Pag. 34
PSICOTERAPIA	Pag. 34
PRESTAZIONI RISERVATE AI TITOLARI DI DISABILITA' CON INVALIDITA' INPS	Pag. 35
MALATTIE DI CARATTERE ONCOLOGICO	Pag. 36
RECUPERO TOSSICODIPENDENZA ED ETILISMO	Pag. 37
ESTERO	Pag. 37
LTC	Pag. 37

Capitolo 4 – Esclusioni

- Articolo 12 – Limiti delle prestazioni Pag. 38

Allegato 1 – Elenco Interventi chirurgici Pag. 40

Allegato 2 – Prestazione LTC – stati di non autosufficienza Pag. 43

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 Regolamento Annuale delle Prestazioni statutariamente previsto è stato denominato "Nomenclatore Annuale delle Prestazioni" ed ha validità dal 1 gennaio al 31 dicembre, definito come "anno sanitario".
3. La Cassa Mutua Nazionale gestisce secondo la logica dell'appropriatezza le risorse conferite dagli iscritti, con riguardo alle specifiche esigenze del singolo evento patologico e al principio dell'economicità nell'impiego delle risorse. L'erogazione delle prestazioni previste dal vigente Nomenclatore è subordinata all'accertamento dell'evento che dà luogo al ricorso alle prestazioni.
4. Le richieste di rimborso non in regola con le norme del presente Nomenclatore Annuale delle prestazioni verranno respinte.
5. La Cassa Mutua Nazionale rimborsa esclusivamente le prestazioni esplicitamente indicate in ciascun articolo, alle condizioni e con le modalità previste. **Limiti delle prestazioni ed esclusioni sono espressi all'art. 12 del presente Nomenclatore Annuale delle prestazioni.**

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

Le richieste di rimborso vanno inoltrate preferibilmente tramite la procedura web presente nel portale della Cassa Mutua Nazionale all'indirizzo www.cmn.bcc.it
In alternativa, si può spedire la richiesta in forma cartacea all'indirizzo:
Cassa Mutua Nazionale – Via Massimo D'Azeglio n. 33, 00184 Roma

Procedura web

- le spese possono essere inserite in ogni momento, le pratiche di importo inferiore a € 250,00 rimangono nello status "da completare" per 30 giorni dall'inserimento e poi acquisite per essere lavorate
- Il CM_S si genera automaticamente
- Le richieste di riesame devono pervenire alla Cassa nel termine di 90 giorni dalla data di lavorazione.

Invio postale

- la documentazione va presentata in copia
- le spese sostenute vanno cumulate fino al raggiungimento dell'importo di euro 250,00 o per un arco di 30 giorni
- Occorre compilare il modello CM_S, scaricabile dal sito.

La DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ È RIPORTATA SUL MODELLO CM_S. Gli assistiti si impegnano a trasmettere le copie fedeli degli originali, la Cassa si riserva di chiedere in ogni momento l'esibizione degli originali. In caso di rifiuto la Cassa si riserva le azioni più appropriate.

Sul sito è disponibile la guida per il corretto inserimento, per visionarla: *Assistenza e Contatti>Mini Guide>Richiesta di Rimborso on line*

NORME GENERALI

1. **La non conformità della documentazione a quella prevista dal presente Nomenclatore Annuale delle prestazioni non dà luogo ad alcun rimborso.**
2. Qualunque manomissione delle documentazioni mediche e di spesa sarà severamente sanzionata, facendo decadere ogni possibilità di rimborso.
3. Le correzioni apposte sulla documentazione fiscale o sanitaria dal soggetto fiscale/sanitario che l'ha emessa devono essere timbrate e controfirmate dall'emittente stesso. Nel caso di cartelle cliniche incomplete o contenenti informazioni errate, sarà necessaria la riemissione della cartella clinica integrale da parte della struttura sanitaria, nel rispetto della procedura di correzione prevista dalla normativa in materia.
4. 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, immagini fotografiche e quant'altro ritenga necessario per l'evasione della pratica, nonché di 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 o mancata presentazione dei documenti richiesti o di sottoporsi a visita medica la Cassa potrà valutare la possibilità di interrompere il rimborso.
5. 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.
6. I documenti di spesa, notule, parcelle, fatture e simili, per essere rimborsabili, devono essere conformi alla normativa fiscale in vigore e devono essere intestati al soggetto che ha fruito della prestazione.
7. In caso di prestazioni rese a due o più membri del nucleo familiare, deve essere prodotta una ricevuta fiscale/fattura per ciascun soggetto che ha beneficiato della prestazione.
8. Nel caso di spese rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale oppure da altre forme assicurative/Mutue/Fondi Sanitari, il rimborso erogato dalla Cassa Mutua Nazionale riguarderà esclusivamente la parte eccedente rimasta a carico dell'assistito, comunque nei limiti del presente Nomenclatore. In tali casi, è necessario allegare alla richiesta di rimborso la documentazione comprovante il rimborso ottenuto da altri soggetti.
9. È esclusa dal rimborso l'IVA
    - 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.
    - Le strutture sanitarie applicano l'IVA per i servizi (degenza, sala operatoria, materiali, medicinali), comunque il rimborso dell'IVA resta escluso da qualsiasi tipologia di spesa sostenuta.
10. Sono esclusi dal rimborso i costi previdenziali eventualmente applicati sulle fatture/ricevute fiscali e l'imposta di bollo.

CAPITOLO 1 - Nozioni generali

Articolo 1
Oggetto del Nomenclatore Annuale delle prestazioni

Il Nomenclatore Annuale delle prestazioni, predisposto ed approvato dal Comitato Amministratore, disciplina l'erogazione delle prestazioni sanitarie.
Termini, limiti, modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni sono descritti e regolati dagli articoli che seguono.

Articolo 2
Tipologia delle prestazioni e modifiche al Nomenclatore

Le prestazioni erogate dalla Cassa Mutua Nazionale, direttamente o per il tramite di strutture di supporto, **si suddividono in Ospedaliere e Extra-ospedaliere**. Le prestazioni verranno riconosciute in dipendenza di malattie o stati patologici accertati, gravidanza ed infortuni verificatisi nel corso dell'anno sanitario.
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.
I Destinatari in quiescenza verranno informati direttamente dalla Cassa Mutua Nazionale.
Qualsiasi informativa verrà inoltre pubblicizzata sulla pagina WEB della Cassa Mutua Nazionale consultabile al seguente indirizzo:

www.cmn.bcc.it

Le richieste di rimborso, in caso di modifica del Nomenclatore 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 non in prova ed i pensionati, quali titolari del diritto di assistenza, come definiti dallo Statuto
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 famigliare”	il Destinatario ed i suoi familiari beneficiari delle prestazioni a norma dello Statuto, anche se tra questi fossero presenti altri Destinatari
per “infortunio”:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili
per “malattia” / "patologia":	ogni alterazione dello stato di salute 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 acute, non croniche. Il ricovero ordinario prevede obbligatoriamente l’apertura di cartella clinica.
per “ricovero in day-surgery”:	ricovero in day-hospital a fini chirurgici
per “intervento chirurgico”	prestazioni chirurgiche documentate dal verbale della seduta operatoria (atto operatorio) nel quale vengono riportati i nominativi dei professionisti partecipanti attivamente
per “intervento chirurgico ambulatoriale”:	prestazioni chirurgiche effettuate presso ambulatorio pubblico o privato

per “cartella clinica”	documento legale di ricovero, previsto obbligatoriamente dalla normativa vigente
per “lettera di dimissione”	documento che viene rilasciato al paziente al momento della dimissione da un episodio di ricovero. Contiene una sintesi delle informazioni presenti in cartella clinica e le indicazioni per gli eventuali controlli o terapie da effettuare oltre l’identificazione del medico responsabile della dimissione e la sua firma. Le informazioni contenute nel documento sono destinate, oltre che al paziente, al medico che lo seguirà nella fase post ricovero
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”:	laureato in fisioterapia o in possesso di titolo di studio equipollente ed iscritto al relativo albo professionale
per “massimale”	livello massimo di rimborso, per persona o nucleo famigliare, corrisposto dalla Cassa nell’anno di vigenza del presente Nomenclatore Annuale delle prestazioni
per “logopedista”	laureato in logopedia o in possesso di titolo di studio equipollente ed iscritto al relativo albo professionale
per “protesi”	dispositivi artificiali che sostituiscono la funzionalità di un arto
per “terapista della psicomotricità”	laureato in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva o in possesso di titolo di studio equipollente ed iscritto al relativo albo professionale
per “infiltrazioni articolari”	le infiltrazioni alle seguenti articolazioni, ovvero: caviglia, piede, ginocchio, anca, polso, mano, gomito, spalla e colonna vertebrale

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
per “vettore”	Aereo, treno, nave, pullman di linea
per “elemento dentario”	Elemento dentario naturale, deciduo o permanente.
per “prescrizione medica”	disposizione medica, ciò che il medico consiglia al paziente come prestazione, terapia o profilassi.
per “OBI”	Osservazione Breve Intensiva: area di permanenza, limitrofa ma differente dal pronto soccorso, ove i pazienti vengono trattenuti in attesa della definizione diagnostica e per un’ulteriore osservazione clinica intensiva. La permanenza in OBI viene documentata da apposita cartella clinica e lettera di dimissioni.

Articolo 4
Beneficiari delle prestazioni

Hanno diritto alle prestazioni della Cassa i Destinatari, i loro famigliari fiscalmente a carico e il convivente more uxorio, tutti risultanti 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 (soggetto da cui deriva il diritto), come in caso di inosservanza delle altre condizioni previste.
La garanzia, 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.

Articolo 5
Criteri di rimborsabilità e obblighi del beneficiario

1. La Cassa effettua il rimborso al Destinatario.
2. Non si darà luogo a rimborsi qualora le fatture abbiano data antecedente a quella della prestazione medica.
3. 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 della Banca d'Italia.
4. 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 famigliare non inviate alla Cassa e per qualsiasi altro motivo rilevato irregolare dalla Cassa.
5. 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.

Articolo 6
Decesso del Destinatario

1. In caso di decesso del Destinatario, la richiesta di rimborso di spese sanitarie a lui intestate e previste in applicazione del presente Nomenclatore Annuale delle prestazioni deve essere inoltrata da un erede entro 60 giorni dal decesso.
2. 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 7
Garanzia vita intera

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

a. Prestazione ospedaliere
   Il massimale annuo complessivo delle prestazioni ospedaliere per ricoveri con o senza intervento chirurgico di cui al paragrafo 10.1 è ridotto del 50%.
   Le prestazioni del paragrafo 10.2 - 10.5.3 restano escluse.
   Le prestazioni del paragrafo 10.5.1 -10.5.2 sono limitate fino ad un massimo di 100 giorni all'anno.

b. Prestazioni extraospedaliere
   Le prestazioni di cui al paragrafo 11.10-11.14–11.15-11.17–11.20-11.31 sono escluse.

Articolo 8
Termini di aspettativa

L'anno sanitario inizia dalle ore 00.00 del 1 gennaio e termina alle ore 24.00 del 31 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 9
Estensione territoriale

Le prestazioni sanitarie valgono per il mondo intero (per le prestazioni all'estero vedere art. 11.33 del presente Nomenclatore Annuale delle prestazioni).

CAPITOLO 2 - Prestazioni Ospedaliere

Indicazioni sulla Documentazione

Per poter accedere alle prestazioni indicate nel seguente articolo 10 occorre presentare, insieme alla richiesta di rimborso, la seguente documentazione:

1. Cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria (casa di cura, ospedale, etc…) 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.
   È 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 (medico chirurgo, aiuto, anestesista, personale paramedico, etc…) o ha esercitato attività sanitarie nell'ambito del ricovero, risultanti dalla cartella clinica.
4. Scontrini farmacia, (laddove previsti): devono riportare il codice fiscale del paziente e il codice AIC. Vengono rimborsati solamente i medicinali e non i dispositivi medici, integratori, parafarmaci, preparati fitoterapici o omeopatici.
5. Referto esame istologico in caso di interventi chirurgici per patologie maligne.

Termini per l'invio della documentazione

1. La richiesta di rimborso, corredata della documentazione di spesa, va inviata alla Cassa al più presto, insieme alla cartella clinica, preferibilmente entro 60 gg. dalla data di emissione della documentazione fiscale.
2. Il termine dell'anno sanitario è fissato al 31 dicembre di ogni anno. La documentazione riguardante eventi di ricovero, con o senza intervento chirurgico, avvenuti nell'anno sanitario deve pervenire al più tardi **entro il 28 febbraio dell'anno successivo**. Se non è possibile rispettare il termine indicato, sarà necessario presentare istanza scritta di proroga dei termini, indicando il motivo del ritardo. La Cassa esaminata l'istanza comunicherà l'eventuale accoglimento.
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. Il ricovero avvenuto in più strutture sanitarie ma senza soluzione di continuità tra una struttura sanitaria e l'altra, è considerato un unico ricovero, anche se documentato da più cartelle cliniche.
5. In caso di ricovero avvenuto in più strutture sanitarie ma senza soluzione di continuità, che in parte è stato effettuato in regime privato ed in parte con costi a totale carico del SSN, verrà erogata la prestazione più favorevole per l'assistito tra il rimborso delle spese sostenute per il ricovero e la diaria.
6. 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 Nomenclatore Annuale delle prestazioni vigenti all'atto del ricovero.

Articolo 10
Prestazioni Ospedaliere

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

10.1) In caso di ricovero in regime privato, con o senza intervento chirurgico ed interventi chirurgici effettuati ambulatorialmente ed in Day Hospital

La Cassa rimborsa:

10.1.1) In caso di intervento chirurgico o aborto terapeutico, effettuati in istituto di cura in regime di ricovero

a. onorari del medico chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto risultante dal verbale dell'atto operatorio presente all'interno della 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 all'intervento, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei 120 giorni precedenti il ricovero.
   Le fatture relative alle spese pre intervento devono essere inviate insieme a quelle inerenti all'intervento stesso.
e. visite specialistiche, esami, medicinali prescritti in cartella clinica, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (compreso il noleggio dell'apparecchiatura fisioterapica) effettuati e fatturati da fisioterapisti e che svolgono attività nell'ambito o per conto di un Centro di cui è responsabile un medico, trattamenti riabilitativi effettuati da logopedista o da terapista della psicomotricità, agopuntura effettuata da medico, nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

La Cassa rimborsa le prestazioni elencate nel presente articolo con le seguenti franchigie:
- punto a. con franchigia del 30% con importo massimo a carico del Destinatario di € 4.500,00=
- punto b. con franchigia del 30%
- punto c. con franchigia del 30% con il limite massimo di € 400,00= giornaliere
- 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);

PARTICOLARITA':

- Per tutti gli interventi al naso di carattere funzionale viene obbligatoriamente richiesto, con la cartella clinica, un esame preventivo di rinomanometria o tac e delle fotografie frontali e di profilo effettuate sia prima che dopo l'intervento, con data impressa sull'immagine.
  Per tali interventi, essendo necessario verificare la rimborsabilità sulla base di quanto riportato nell'atto operatorio presente in cartella clinica, non saranno erogati anticipi. In caso di intervento con finalità sia estetica che funzionale verrà ammessa al rimborso solamente una quota parte della spesa.

- Gli interventi di chirurgia bariatrica verranno rimborsati esclusivamente per obesità di II° e III° grado per soggetti con indice BMI superiore a 35.

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

a. rette di degenza;
b. accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali erogati 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 e che svolgono attività nell'ambito o per conto di un Centro di cui è responsabile un medico, trattamenti riabilitativi effettuati da logopedista o da terapista della psicomotricità, agopuntura effettuata da medico, nei 120 giorni successivi al termine del ricovero.

La Cassa rimborsa le prestazioni elencate nel presente articolo con le seguenti franchigie:
- punto a. con franchigia del 30% con il limite massimo di € 400,00= giornaliere
- punto b. con franchigia del 30%
- punto c. con franchigia del 20%.

10.1.3) In caso di interventi chirurgici che non comportino pernottamento, effettuati ambulatorialmente ed in day hospital (salvo quanto previsto all'art. 11.23)

a. rette di degenza in day hospital
b. onorari del medico chirurgo ed eventualmente dell'anestesista e di ogni soggetto risultante dal verbale operatorio presente all'interno della cartella clinica
c. diritti di sala operatoria e materiali di intervento, compresi i medicinali e gli esami diagnostici effettuati nel corso dell'intervento

La Cassa rimborsa le prestazioni elencate nel presente articolo con le seguenti franchigie:
- punto a. con franchigia del 30% con il limite massimo di € 400,00= giornaliere
- punto b. con franchigia del 30% con importo massimo a carico del Destinatario di € 4.500,00=
- punto c. con franchigia del 30%.

La documentazione di spesa deve essere accompagnata da:

- relazione medica nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale

oppure

-cartella clinica nel caso di intervento chirurgico effettuato in regime di D.H.

Le prestazioni indicate all'art. 10.1 (10.1.1 – 10.1.2 – 10.1.3) si intendono prestate fino a concorrenza del massimale di €110.000,00=, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno sanitario e per ciascun nucleo famigliare.
Nel caso di interventi elencati specificatamente nell'allegato 1), il massimale di cui sopra si intende raddoppiato senza applicazione di alcuna franchigia (l'IVA è esclusa dal rimborso). La valutazione viene effettuata dalla Commissione Medica della Cassa in relazione al verbale dell'atto operatorio presente all'interno della cartella clinica.

10.2) In caso di ricovero per parto e ricovero di neonati per trattamento terapeutico

La Cassa rimborsa le spese inerenti:

10.2.1) Parto Cesareo

a. gli onorari dei componenti dell'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 franchigia del 30%, con il limite massimo di € 400,00= giornaliere.

La prestazione è fornita fino a concorrenza del massimale di € 6.500,00=
Nel caso di parto gemellare o plurigemellare la prestazione è fornita fino a concorrenza del massimale di € 9.000,00=.

10.2.2) Parto non cesareo

a. gli onorari dei componenti dell'equipe medico-chirurgica e dell'ostetrica 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 franchigia del 30%, con il limite massimo di € 400,00= giornaliere.

La prestazione è fornita fino a concorrenza del massimale di € 2.000,00=.
Nel caso di parto gemellare o plurigemellare la prestazione è fornita fino a concorrenza del massimale di € 2.800,00=.

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

10.2.3) 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%.

10.3) In caso di intervento agli occhi per correzione di difetto refrattivo / metodica laser/ iniezioni intravitreali

La Cassa rimborsa le spese inerenti:

a. per qualsiasi intervento finalizzato alla correzione di difetto rifrattivo, di uno od entrambi gli occhi

   onorari del chirurgo oculista, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento, risultante da cartella clinica o da relazione medica nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, i diritti di sala operatoria comprese le strumentazioni e il materiale di intervento, fino al raggiungimento del massimale.
   Il massimale resta invariato anche se l'intervento viene eseguito separatamente in esercizi sanitari diversi consecutivi.
   Il massimale è omnicomprensivo di tutte le visite specialistiche ed accertamenti oculistici pre e post intervento effettuati nei 120 giorni precedenti e successivi, compresi i medicinali prescritti a seguito dell'intervento (vedi capitolo 2 punto 4). Le fatture relative alle spese pre intervento devono essere inviate insieme a quelle inerenti all'intervento stesso.

b. per qualsiasi patologia oculistica con metodica laser, di uno od entrambi gli occhi

   onorari del chirurgo oculista, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento, risultante da cartella clinica o da relazione medica nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, i diritti di sala operatoria comprese le strumentazioni e il materiale di intervento, con l'applicazione della franchigia del 30%. Sono comprese le iniezioni intravitreali.

Il limite massimo complessivo per intervento monolaterale è di € 1.500,00= e di € 2.500,00= per intervento bilaterale.

10.4) 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 Nomenclatore Annuale delle prestazioni, salvo conguaglio da effettuare alla presentazione della documentazione definitiva. La richiesta di anticipo va inserita nell'area personale del portale web almeno 7 giorni lavorativi prima della data programmata dell'intervento, con questi documenti:

- preventivo di spesa sottoscritto dalla struttura sanitaria;
- certificato del chirurgo con proposta d'intervento.

La Commissione Medica si riserva di non autorizzare l'anticipo qualora fosse relativo ad un rimborso per spese di ricovero da valutare sulla base di quanto documentato nella relativa cartella clinica.

10.5) Diarie – Prestazioni sostitutive

La Cassa corrisponde un'indennità forfetaria in caso di ricovero del beneficiario, in regime ordinario con pernottamento in ospedale (compreso il regime di Osservazione Breve Intensiva, denominato OBI), qualora tutte le spese di cui ai paragrafi 10.1, 10.2, 10.3 siano **a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale**, (quindi non del beneficiario). L'indennità è corrisposta anche per tutte le prestazioni esplicitamente escluse dal rimborso di cui all'art. 12, alle condizioni appresso indicate:

10.5.1) Ricovero con intervento chirurgico o parto

In caso di ricovero in regime ordinario con intervento o parto, per ogni giorno di ricovero con pernottamento, compete un'indennità forfetaria di € 50,00= dal primo al decimo pernottamento e di € 25,00 per ogni pernottamento successivo al decimo, all'interno del medesimo ricovero, anche se avvenuto in più strutture sanitarie, ma senza soluzione di continuità tra una struttura sanitaria e l'altra e anche se documentato da più cartelle cliniche, per un periodo massimo di n. 200 giorni per anno sanitario per nucleo famigliare.

10.5.2) Ricovero senza intervento chirurgico

In caso di ricovero in regime ordinario senza intervento chirurgico, per ogni giorno di ricovero con pernottamento, compete un'indennità forfetaria di € 50,00= dal primo al decimo pernottamento e di € 25,00 per ogni pernottamento successivo al decimo all'interno del medesimo ricovero, anche se avvenuto in più strutture sanitarie ma senza soluzione di continuità tra una struttura sanitaria e l'altra e anche se documentato da più cartelle cliniche, per un periodo massimo di 100 giorni per anno sanitario per nucleo famigliare.

10.5.3) 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 € 50,00= per ogni giorno di ricovero con pernottamento, a partire dal sesto e con un massimo di 25 gg per neonato.

Documentazione: richiesta di rimborso; Lettera di Dimissioni.
La Cassa, in relazione al ricovero per il quale è stata chiesta la diaria, si riserva di richiedere in ogni momento la relativa cartella clinica. In caso di rifiuto dell'invio della cartella clinica, la Cassa potrà valutare la possibilità di non erogare la diaria richiesta.

Per quanto riguarda **tutte le prestazioni sostitutive (articolo 10.5),** qualora venga corrisposta un'indennità forfetaria, tutte **le spese sanitarie sostenute, precedenti o successive al ricovero, vengono rimborsate con le modalità e le condizioni di cui al successivo Capitolo 3 (extraospedaliere)**.

Fanno eccezione:

- le prestazioni riabilitative effettuate da fisioterapisti o massofisioterapisti iscritti al relativo Albo professionale, nei 120 giorni successivi ai ricoveri con intervento chirurgico, verranno rimborsate **come al punto 10.1.1 lettera e** (franchigia 20%, massimale di € 110.000,00=, da intendersi come disponibilità unica per anno sanitario/nucleo famigliare), se richieste in cartella clinica al momento delle dimissioni.

CAPITOLO 3- Prestazioni Extraospedaliere

Indicazioni sulla Documentazione

1. Dal nuovo Codice di Deontologia Medica, si riporta il testo dell'art. 24: *Certificazione – Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative al suo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati.*
2. La Cassa non rimborsa spese sanitarie per prestazioni, ovunque effettuate, a titolo di controllo e prevenzione, fatto salvo quanto indicato negli articoli che compongono il Nomenclatore. Vengono considerate prestazioni di controllo e prevenzione quelle effettuate in assenza di patologia.
3. Le richieste di rimborso di prestazioni sanitarie devono essere corredate della documentazione prevista dal presente Nomenclatore Annuale delle prestazioni.
4. **Il 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.
5. La specializzazione del medico deve comunque essere attinente alla patologia che ha reso necessaria la visita e/o le prestazioni prescritte, salvo se diversamente indicato nell'articolo di riferimento.
6. Non sono utili ai fini del rimborso le certificazioni mediche rilasciate da medici specialisti per patologie non inerenti alla loro specializzazione o certificazioni mediche manomesse in tutto o in parte.
7. 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.
8. Non sono utili ai fini del rimborso le certificazioni/prescrizioni mediche relative a prestazioni diverse da quelle descritte nel documento fiscale.
9. 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.
10. **Le prescrizioni specialistiche sono ritenute utili ai fini del rimborso delle prestazioni effettuate nei 6 mesi successivi alla data di rilascio**, salvo diverse specifiche indicazioni riportate dal medico specialista all'interno della prescrizione stessa.
11. È esclusa dal rimborso l'IVA applicata a qualsiasi tipologia di spesa.
12. Le fatture emesse da enti/associazioni per erogazioni liberali o quote associative e partecipative non vengono prese in considerazione ai fini del rimborso, anche se emesse a fronte di erogazione di prestazione sanitaria.

Approfondimento sulla documentazione
LA PRESCRIZIONE MEDICA:

La prescrizione medica, detta anche comunemente "ricetta", è un vero e proprio documento, redatto da un medico abilitato e iscritto all'albo professionale, che consente al paziente di prenotare visite specialistiche, esami diagnostici, oltre a poter acquistare farmaci. **Consente al medico di indicare il tipo di trattamento farmacologico, esame clinico e/o diagnostico, prestazione medica specialistica**, a cui il paziente, preferibilmente, deve accedere.
Queste prestazioni medico-sanitarie, possono essere **erogate a carico del SSN o del paziente**, secondo quanto indicato dai LEA, ovvero i livelli essenziali di assistenza.

La prescrizione medica deve essere rilasciata precedentemente ed in data prossima alla fattura della prestazione; oltre al consiglio medico, è ritenuta valida se contiene i seguenti elementi essenziali:

- nome e cognome del medico ed eventuale struttura sanitaria di appartenenza,
- luogo e data di compilazione,
- firma autografa del medico.

La prescrizione presuppone che il medico abbia riscontrato l'esistenza di una patologia per la cui cura è necessario quanto prescritto.
La ricetta medica è un documento importante, essenziale anche per la **richiesta di rimborso o di copertura delle spese** previste per prestazioni medico-sanitarie riconosciute dal Piano Sanitario di ciascun Fondo di assistenza sanitaria integrativa, come **Cassa Mutua Nazionale**.
È fondamentale, infatti, comprendere che anche ai fondi sanitari integrativi è demandato il compito di limitare a quelle necessarie le prestazioni sanitarie; **è per questo che chiediamo ai nostri iscritti di presentarci copia delle prescrizioni mediche.**

La prescrizione medica non è da confondersi con il referto, che è la relazione scritta da un medico che illustra i risultati degli esami o accertamenti effettuati. Prenotare in autonomia una prestazione medica e presentare il referto consegnato dopo l'esecuzione, non equivale ad effettuare lo stesso esame dietro prescrizione medica. La prenotazione degli esami in maniera autonoma, scadenzati secondo le tempistiche previste dalle più comuni campagne preventive (ad esempio una mammografia l'anno per i soggetti di sesso femminile dopo i 40 anni), è ascrivibile a prestazioni di natura preventiva e di controllo, non rimborsabili dalla Cassa Mutua Nazionale.

Termini per l'invio della documentazione:

1. La richiesta di rimborso, corredata della documentazione di spesa, va inviata alla Cassa al più presto, preferibilmente entro 60 gg. dall'emissione della ricevuta fiscale per cui si richiede il rimborso.
2. **In corrispondenza del termine dell'anno sanitario (31 dicembre di ogni anno), la documentazione deve pervenire tassativamente entro il 28 febbraio dell'anno successivo, pena il mancato rimborso della prestazione.**

Articolo 11
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, salvo quanto previsto all'art. 11.3.d).

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

PRESTAZIONI ACCESSORIE PER MALATTIA O INFORTUNIO

11.1) Terapie oncologiche:

La Cassa rimborsa le prestazioni di chemioterapia, radioterapia, cobaltoterapia e ipertermia oncologica fino a concorrenza del massimale di €. 7.750,00= per anno sanitario e per nucleo famigliare, senza l'applicazione di alcuna franchigia, anche se effettuate in regime di ricovero.

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.

11.2) 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 e per nucleo famigliare. È escluso il rimborso del trasporto a domicilio.

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

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

La Cassa rimborsa le seguenti particolari spese pertinenti a 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.

   Documentazione: richiesta di rimborso; certificazione medica giustificativa; ricevuta fiscale/fattura riguardante la prestazione.

b. in caso di ricovero in regime ordinario 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 famigliare di € 2.500,00=.

Documentazione: richiesta di rimborso; lettera di dimissione o cartella clinica del ricovero; ricevuta fiscale/fattura della spesa sostenuta (non sono ammessi al rimborso gli scontrini fiscali e le ricevute non intestate a chi ha sostenuto la spesa).

c. forniture ortopediche, presidi, ausili terapeutici, apparecchiature fisioterapiche 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 famigliare di € 500,00=.

   Documentazione: richiesta di rimborso; documentazione sanitaria relativa alla prescrizione; ricevuta fiscale/fattura emessa dal soggetto autorizzato alla vendita o al noleggio di forniture sanitarie.

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 famigliare. La prestazione è soggetta a preventiva autorizzazione da parte della Cassa.

   Documentazione: richiesta di rimborso; certificazione medica giustificativa; ricevuta fiscale/fattura emessa dal vettore.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E ANALISI

11.4) Alta diagnostica

La Cassa rimborsa le prestazioni indicate nel paragrafo, effettuate in regime privato, secondo le seguenti due modalità.
Vengono prestate fino a concorrenza del massimale di € 3.500,00= per anno sanitario e per nucleo famigliare con l'applicazione delle seguenti franchigie a carico del beneficiario:

a. **franchigia del 30% con prescrizione del medico specialista competente per patologia o con franchigia del 50% con prescrizione del Medico curante o di specialista per patologia non attinente al titolo di specializzazione** per:

• angiografia	• isterosalpingografia
• angiografia digitale	• radionefrogramma
• arteriografia digitale	• risonanza magnetica nucleare
• cistografia	• scintigrafia
• oct – Tomografia a coerenza ottica	• tac
• dialisi	• pet
• fluorangiografia	• diagnostica radiologica con mezzo di contrasto

b. **franchigia del 50% con prescrizione del medico specialista competente per patologia o con franchigia del 70% con prescrizione del Medico curante o di specialista per patologia non attinente al titolo di specializzazione** per:

• diagnostica radiologica	• elettroencefalografia
• doppler	• telecuore
• ecocardiogramma	• topografia
• ecografia	• urografia
• elettrocardiografia	

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

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

La Cassa rimborsa le spese per analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, effettuate in regime privato, fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 1.500,00=, secondo le seguenti due modalità:

a. **Esami diagnostici**
Il rimborso per tale prestazione viene erogato con franchigia del 50% con prescrizione rilasciata dal medico specialista competente per patologia o con franchigia del 70% con prescrizione del Medico curante o di specialista per patologia non attinente al titolo di specializzazione, a carico del beneficiario.

b. **Analisi del sangue/urine/feci/tampone faringeo** prescritti a causa di patologia dal medico di medicina generale (medico di base), ad esclusione delle analisi del DNA e di tipo genetico. Il rimborso per tale prestazione viene erogato con una franchigia del 20% a carico del beneficiario.

Documentazione: richiesta di rimborso; ricevuta fiscale della struttura sanitaria; prescrizione attestante la patologia rilasciata dal medico specialista o dal medico curante.

11.6) Analisi, esami diagnostici e di laboratorio per la ricerca Covid-19

La Cassa rimborsa le spese per:

- Esami diagnostici/ analisi del sangue/tampone nasale e faringeo effettuati anche a scopo preventivo per la ricerca del Covid-19.
Il rimborso per tale prestazione viene erogato con una franchigia del 50% a carico del beneficiario.
Le prestazioni vengono rimborsate fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 100,00=.
- Documentazione: richiesta di rimborso, ricevuta fiscale della struttura sanitaria o della farmacia con l'evidenza della prestazione.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

11.7) Visite specialistiche

La Cassa rimborsa le spese riguardanti gli onorari medici per visite specialistiche, fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 2.000,00= per i punti a. e b., secondo le seguenti modalità:

a. Visite mediche specialistiche effettuate per patologie attinenti al titolo accademico di specializzazione del medico che le esegue.
   Il rimborso viene erogato nella misura massima di € 110,00= a visita 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.

b. Visite mediche specialistiche effettuate non a causa di patologia; per controlli periodici non finalizzati all'individuazione della diagnosi; per patologie non attinenti al titolo accademico di specializzazione del medico che le esegue o per patologie non certificate dal medico specialista che ha effettuato la visita.
   Il rimborso viene erogato nella misura massima di € 60,00= a visita con una franchigia del 50% a carico del beneficiario.
   Documentazione: richiesta di rimborso; ricevuta fiscale del medico specialista che ha effettuato la visita.

Per i punti a. e b. che precedono: gli accertamenti effettuati contestualmente, laddove sia indicato il dettaglio degli importi nella stessa ricevuta fiscale, verranno rimborsati secondo i termini e le modalità dei rispettivi articoli, contenuti nel Nomenclatore delle prestazioni.

c. Visite mediche specialistiche e colloqui clinici effettuate da medici specialisti in psichiatria/neuropsichiatria/psicologia clinica.
   Il rimborso, comprensivo degli accertamenti effettuati contestualmente ed indicati nella ricevuta fiscale, viene erogato con una franchigia del 20% a carico del beneficiario, fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 600,00=. In presenza di una relazione clinica, dalla quale risulti che i colloqui clinici sono effettuati da vittime di bullismo o violenza di genere, il massimale annuale previsto è elevato a € 800,00= per nucleo famigliare.
   Documentazione: richiesta di rimborso; ricevuta fiscale del medico specialista che ha effettuato la visita o il colloquio.

   Precisazione: se le prestazioni per colloqui e terapie cliniche sono rese da medico psicoterapeuta, iscritto all'Albo professionale "Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri" vengono rimborsate secondo le indicazioni del punto c.; mentre se effettuate da psicologo psicoterapeuta, iscritto all'"Ordine Nazionale Psicologi" vedi articolo 11.27.

Rimangono **escluse** le visite **odontoiatriche/odontostomatologiche** ed **ortodontiche** (salvo quanto indicato nei successivi articoli) e quelle effettuate da medici specialisti in chirurgia **plastica o medici competenti in medicina estetica**.

TICKET

11.8) Ticket

La Cassa rimborsa interamente, senza l'applicazione di alcuna franchigia, **i Ticket o compartecipazione alla spesa, per le prestazioni erogate dal SSN effettuate sia presso strutture sanitarie private accreditate che presso Enti Pubblici (Asl o Azienda Ospedaliera)**. Sono compresi i Ticket relativi alle Cure Termali ed alle prestazioni esplicitamente escluse dal rimborso, di cui all'art. 12.

Documentazione: richiesta di rimborso; **ricevuta**, **quietanza** oppure **fattura** della struttura sanitaria pubblica o accreditata/convenzionata, che ha eseguito la prestazione.

I rimborsi avvengono dietro presentazione di **documenti di spesa fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.**
La Cassa Mutua Nazionale accetta a titolo di Ticket:

A) la **fattura** emessa da una struttura sanitaria privata accreditata **al destinatario della prestazione**, che contenga le seguenti indicazioni:

- il **Codice Fiscale** o la **Partita IVA** del soggetto che l'ha emessa
- il **numero** del documento
- la **data** di emissione
- la **descrizione** della **prestazione con evidenza del ticket o compartecipazione SSN**
- l'**importo** della spesa

B) oltre a quanto sopra, sono ritenute valide la **ricevuta fiscale** e la **quietanza** rese all'assistito da un Ente Pubblico (Asl o Azienda Ospedaliera) purché contengano le seguenti indicazioni:

- la **descrizione** della **prestazione** (ticket o compartecipazione alla spesa sanitaria)
- il **numero** del documento
- la **data** di emissione
- l'Ente Pubblico che ha reso la prestazione e in nome e per il quale è stata incassata la compartecipazione;
- il destinatario della prestazione con indicazione del codice fiscale, la data della stessa e l'importo.

Tutti i documenti di spesa fiscalmente validi devono riportare il riferimento alla normativa per l'esenzione di IVA come previsto dal D.P.R. 26 ottobre 1972 n. 633 art. 10 e successive modificazioni. Non è sufficiente l'esibizione della ricevuta di avvenuto pagamento.

Le fatture emesse dalle strutture private accreditate o convenzionate devono riportare il dettaglio analitico degli esami effettuati e le corrispondenti tariffe applicate, distinguendo tra importi riferiti a ticket e importi riferiti a prestazioni di carattere privato. Le fatture delle strutture private che non riportano il dettaglio analitico degli esami saranno ritenute non ticket e rimborsate secondo quanto previsto all'art. 11.5. In virtù dell'ampia varietà di diciture utilizzate, in fase di lavorazione la Cassa si riserva comunque la facoltà di sospendere una pratica qualora vi sia ragionevole dubbio che la spesa sostenuta non si riferisca ad un "ticket". Non verranno rimborsate le ricevute ticket emesse per mancata disdetta della prenotazione da parte del fruitore.

PRESTAZIONI RIABILITATIVE

11.9) Trattamenti fisioterapici e rieducativi e Infiltrazioni articolari

La Cassa rimborsa i trattamenti fisioterapici e rieducativi, finalizzati al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, per patologie OSTEOARTICOLARI e MUSCOLOSCHELETRICHE, nelle tipologie di seguito riportati:

• 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	• Manipolazione fasciale
• Rieducazione del pavimento pelvico	

La prestazione viene fornita fino alla concorrenza del massimale annuo di € 1.000,00= per nucleo famigliare, con l'applicazione della franchigia del 30%.

Il rimborso dei trattamenti fisioterapici e rieducativi è previsto quando:

- **sono prescritti** da medico specialista in ortopedia; medicina fisica e riabilitazione; reumatologia; neurologia; anestesiologia e rianimazione; cardiologia e medicina dello sport. Per la rieducazione del pavimento pelvico verrà accettata la prescrizione del medico specialista in ginecologia o urologia. La prescrizione ha validità 6 mesi dalla data del rilascio, salvo diverse specifiche indicazioni riportate dal medico specialista all'interno della prescrizione stessa

- **sono effettuati** dai medici specialisti sopra indicati o da fisioterapisti o massofisioterapisti, iscritti al relativo Albo professionale dei fisioterapisti o all'elenco speciale ad esaurimento dei massofisioterapisti, che svolgono attività professionale autonoma, oppure nell'ambito di un Centro medico/sanitario o di uno studio fisioterapico e in collaborazione con piscine comunali. 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, un fisioterapista o un massofisioterapista.

La Cassa si riserva di verificare l'iscrizione al relativo Albo professionale. In caso di riscontro di titolo professionale non conforme a quanto richiesto e/o mancata iscrizione, la Cassa non potrà erogare il rimborso.
È compreso il rimborso del noleggio dell'apparecchiatura fisioterapica, se esplicitamente richiesto dal medico specialista al fine di realizzare la terapia prescritta.

Le **infiltrazioni articolari**, cioè la procedura medica che consiste nell'iniettare un farmaco direttamente all'interno delle articolazioni (vedi "definizioni" art. 3), vengono rimborsate se eseguite da medico chirurgo. 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.

Verranno rimborsate alle stesse condizioni le infiltrazioni riguardanti la **medicina rigenerativa**, anche se praticate in ambiente chirurgico, compreso il trapianto autologo di cellule o sostanze, eseguito per una patologia osteoarticolare o muscoloscheletrica.

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.

Documentazione: richiesta di rimborso; prescrizione del medico specialista con indicazione della patologia e della specifica terapia da eseguire; ricevuta fiscale/fattura (con dettaglio della terapia eseguita) del centro medico oppure del fisioterapista/massofisioterapista o del medico chirurgo; dello studio fisioterapico o della piscina comunale presso la quale il fisioterapista collabora.

11.10) Trattamenti logopedici e riabilitazione psicomotoria fino a 16 anni

La Cassa rimborsa, limitatamente ai beneficiari che non abbiano compiuto il 16° anno di età, le spese relative ai trattamenti logopedici e alla riabilitazione psicomotoria, nella misura massima di € 1.500,00= annui per beneficiario, con l'applicazione di una franchigia del 30%.
È compresa la prima visita logopedica o psicomotoria ed il pacchetto multidisciplinare per la formulazione della diagnosi.

Documentazione: richiesta di rimborso; prescrizione del medico specialista in pediatria/foniatria/otorinolaringoiatria/neuropsichiatria infantile con indicazione della patologia; ricevuta fiscale emessa dal logopedista per i trattamenti logopedici o dal terapista della psicomotricità per la riabilitazione psicomotoria o dalla struttura sanitaria, con indicazione del nome e del titolo accademico del logopedista o del terapista della psicomotricità.
La Cassa si riserva di verificare l'iscrizione al relativo Albo professionale. In caso di riscontro di titolo professionale non conforme a quanto richiesto e/o mancata iscrizione, la Cassa non potrà erogare il rimborso.

11.11) Trattamenti chiropratici ed osteopatici

La Cassa rimborsa i trattamenti chiropratici ed osteopatici effettuati esclusivamente da medico chirurgo, fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 500,00= con una franchigia del 50%.

Documentazione: richiesta di rimborso; prescrizione di medico specialista in ortopedia o medicina fisica e riabilitazione con indicazione della patologia; ricevuta fiscale del medico o della struttura sanitaria, con indicazione del nome del medico

PLANTARI – SOSTITUZIONE E RIPARAZIONE PROTESI DI PARTI ANATOMICHE

11.12) Plantari

La Cassa rimborsa le spese per l'acquisto dei plantari fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 250,00= con l'applicazione di una franchigia del 30%.
I plantari devono essere prescritti, a fronte di patologia, da medico specialista in ortopedia, medicina fisica e riabilitazione, medicina dello sport.
Per gli assistiti fino al compimento del 12° anno d'età la prescrizione specialistica si intende valida fino a 18 mesi dal rilascio.

Documentazione: richiesta di rimborso; ricevuta fiscale dei plantari; prescrizione del medico specialista in ortopedia, medicina fisica e riabilitazione, medicina dello sport attestante la patologia.

11.13) Protesi di parti anatomiche

La Cassa rimborsa le spese per l'acquisto di protesi di parti anatomiche (vedi "Definizioni" art. 3), fino alla concorrenza massima di € 3.000,00= all'anno per beneficiario con la franchigia del 20%.

Il rimborso per la manutenzione e la riparazione è previsto fino alla concorrenza massima di € 1.000,00= all'anno per beneficiario, con la franchigia del 20%.

Documentazione: certificazione medica attestante la patologia; fattura del fornitore.

RICERCA MATERNITA' E GRAVIDANZA

11.14) 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), nella misura di € 2.000,00= per anno e per nucleo famigliare.

Le visite mediche ginecologiche, analisi, accertamenti diagnostici, controlli ed esami clinici, propedeutici o inerenti alla prestazione di inseminazione e fecondazione assistita, compresa la visita cardiologica, anestesiologica e gli accertamenti senologici, potranno essere rimborsate con le modalità e le condizioni previste negli altri articoli del presente Nomenclatore.

Saranno ammesse a rimborso le prestazioni eseguite sul partner femminile (comprese le procedure di pick-up e transfer) solo se fatturate al soggetto che si sottopone alla prestazione. Sono esclusi i costi di qualsiasi medicinale e della crioconservazione. Nella PMA eterologa è escluso il rimborso dei gameti e delle spese mediche per il donatore.

Documentazione: richiesta di rimborso; prescrizione delle prestazioni propedeutiche (Protocollo PMA) rilasciata dal medico specialista o dal Centro di Medicina della Riproduzione; relazione della procedura di transfer; documentazione di spesa.

11.15) Gravidanza

La Cassa rimborsa, in caso di gravidanza accertata, le visite medico-specialistiche ginecologiche e gli esami diagnostici anche se di controllo (comprese ecografie e le analisi del DNA fetale su sangue materno) fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 1.250,00=.
Nel caso di gravidanza gemellare o plurigemellare il massimale annuo per nucleo familiare è elevato ad € 1.500,00=.
Le prestazioni, effettuate in caso di gravidanza, non possono essere rimborsate con le modalità e le condizioni previste negli altri articoli del presente Nomenclatore.

Le prestazioni di Amniocentesi e Villocentesi:

- se eseguite in soggetti di **età superiore ai 35 anni compiuti** vengono rimborsate fino a concorrenza del massimale di € 700,00= con applicazione della franchigia del 50%. Nel caso di gravidanze gemellari o plurigemellari il massimale per Amniocentesi e Villocentesi è elevato ad € 1.000,00= con franchigia del 50%.
- Se eseguite in soggetti di **età inferiore ai 35 anni compiuti** non saranno oggetto di rimborso.

Saranno ammesse a rimborso le prestazioni eseguite sul partner femminile solo se fatturate al soggetto che si sottopone alla prestazione.
Le visite cardiologica, anestesiologica ed i relativi accertamenti propedeutici al parto vengono rimborsati con le modalità e le condizioni previste agli artt. 11.4, 11.5, 11.7 b.

Documentazione: richiesta di rimborso; certificazione del medico specialistica 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.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

11.16) Odontoiatria da infortunio

la Cassa rimborsa le spese odontoiatriche in caso di infortunio, fino alla concorrenza di € 1.500,00= ad evento, con la franchigia del 30%.
La prestazione è limitata 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.

Documentazione: richiesta di rimborso; certificato del pronto soccorso che ha riscontrato l'infortunio; ricevuta fiscale dell'odontoiatra o del medico specialista in odontoiatria.
Dal referto del pronto soccorso dovrà essere evidente il collegamento tra l'infortunio e gli interventi odontoiatrici necessari.

11.17) Estrazione di Ottavi (denti del giudizio)

La Cassa rimborsa le spese di estrazione degli ottavi (denti del giudizio) fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 750,00= con una franchigia del 30%.
Il rimborso della prestazione viene effettuato dopo che la Commissione medica della Cassa abbia esaminato l'ortopanoramica (il cui costo verrà interamente rimborsato) eseguita prima dell'intervento, dalla quale dovrà risultare l'ottavo elemento dentario oggetto dell'estrazione.

Documentazione: richiesta di rimborso; ortopanoramica (sulla quale deve essere riportato, dalla struttura sanitaria, cognome e nome del beneficiario e data dell'esecuzione); ricevuta fiscale del medico dentista che ha effettuato la prestazione, certificazione indicante l'elemento dentario estratto.

11.18) Radiologia odontoiatrica

La Cassa rimborsa, con applicazione della franchigia del 30% fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 250,00=, le spese per i seguenti accertamenti radiologici:

• ortopanoramica	• stratigrafia ATM
• telecranio	• radiografie endorali periapicali
• tac dentascan	

Documentazione: richiesta di rimborso; ricevuta fiscale della struttura sanitaria presso la quale è stato effettuato l'accertamento.

11.19) Gnatologia odontoiatrica

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

Documentazione: richiesta di rimborso; ricevuta fiscale emessa dall'odontoiatra che ha effettuato la visita/ricevuta fiscale del dispositivo bite.

11.20) Ortodonzia

La Cassa rimborsa le spese per cure ortodontiche su dentizione mista o definitiva, fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 2.000,00= con una franchigia del 25% per ogni visita e/o apparecchiatura.

La prestazione si intende erogata per i beneficiari minorenni fino al giorno precedente al compimento del 18° anno di età.

Il massimale annuale è elevato di € 300,00= in presenza di **due figli minori**, che contemporaneamente sono in cura ortodontica e presentano un programma ortodontico, che si sovrappone nel periodo.

La prestazione comprende, oltre alle apparecchiature, anche le visite ortodontiche effettuate da medico dentista e gli accertamenti radiologici necessari allo studio del caso (ortopanoramica, telecranio, dentascan).

Documentazione: richiesta di rimborso; programma ortodontico del medico dentista con indicazione della durata, e del costo complessivo 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, emessa prima del compimento del diciottesimo anno.

LENTI DA VISTA E APPARECCHI ACUSTICI

11.21) Lenti da vista

La Cassa rimborsa le spese sostenute per l'acquisto delle sole lenti da vista, fino alla concorrenza del massimale annuale di € 250,00= per beneficiario, con una franchigia del 30%.
Il massimale annuale è elevato ad € 350,00 per i beneficiari che presentino un difetto di rifrazione superiore alle 5 diottrie, per almeno un occhio.
L'acquisto delle lenti da vista deve essere giustificato da prescrizione del medico oculista che certifichi l'avvenuta modificazione della capacità visiva dell'occhio (modifica del visus) e la necessità di nuove lenti rispetto a quelle in uso dal paziente, perché non più efficaci.

La **prescrizione oculistica**:

- non può essere utilizzata in due anni sanitari diversi, anche se redatta separatamente per due difetti visivi distinti,
- deve essere di data non anteriore ai 6 mesi dall'acquisto,
- non è richiesta per gli assistiti fino al compimento del 14° anno d'età.

Si intendono comprese anche lenti a contatto a lunga durata (utilizzo minimo di sei mesi), con esclusione di quelle di tipo usa e getta.
Le lenti curative ed ortocheratologiche sono escluse dal rimborso.

Documentazione: richiesta di rimborso; certificazione dell'oculista 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.

11.22) Apparecchi acustici

La Cassa rimborsa l'acquisto e l'eventuale riparazione di apparecchi acustici in caso di ipoacusia fino a concorrenza del massimale annuale di € 2.500,00= per nucleo famigliare.
L'acquisto deve avvenire dietro prescrizione del medico specialista, a seguito di esame audiometrico. Il massimale resta invariato anche se l'acquisto viene suddiviso, con l'emissione di due fatture separate in esercizi sanitari diversi consecutivi.
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.

ASPORTAZIONI DERMATOLOGICHE

11.23) Asportazioni dermatologiche di natura benigna

La Cassa rimborsa le spese per asportazione dermatologica di neoformazioni cutanee benigne in generale, nella misura massima di € 300,00 per anno a nucleo famigliare, con una franchigia del 30%.

La prestazione è prevista solo se effettuata da medico specialista in dermatologia o chirurgia generale, in caso di asportazione di:

• nevi	• angiomi
• cisti	• verruche
• cheratosi	• fibromi
• lipomi	• molluschi contagiosi

L'eventuale esame istologico effettuato sul materiale asportato viene rimborsato nei termini previsti all'art. 11.5.

Rimane esclusa dal rimborso l'eliminazione degli inestetismi cutanei (esclusi dall'art. 12).

Documentazione: richiesta di rimborso; ricevuta fiscale; relazione del medico specialista in dermatologia/chirurgia generale che ha effettuato la prestazione.

VACCINI

11.24) Vaccino HPV 9 valente (prevenzione dal papillomavirus umano)

La Cassa rimborsa le spese per l'acquisto del vaccino contro il Papillomavirus per i beneficiari fino al compimento del 16° anno. La prestazione sanitaria viene erogata, fino a concorrenza del massimale annuo per beneficiario di € 280,00=.

Documentazione: richiesta di rimborso; prescrizione medica; ricevuta fiscale o scontrino della farmacia descrittivo del codice fiscale del paziente e del codice AIC.

11.25) Vaccino antinfluenzale

La Cassa rimborsa le spese per l'acquisto del vaccino antinfluenzale e per la somministrazione da parte del MMG (Medico Medicina Generale)/PLS (Pediatra Libera Scelta) o dell'Ufficio di Igiene Pubblica. La presente prestazione sanitaria viene erogata, fino a concorrenza del massimale annuo a persona di € 25,00=.
- Documentazione: richiesta di rimborso, scontrino della farmacia descrittivo del codice fiscale del paziente e del codice AIC, fattura del Medico o della struttura sanitaria per la somministrazione del vaccino.

OMEOPATIA E AGOPUNTURA

11.26) Prestazioni omeopatiche, agopuntura

La Cassa rimborsa le visite mediche omeopatiche, i relativi accertamenti (vega test, biorisonanza, EAV, etc.) e le prestazioni di agopuntura fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 500,00= con una franchigia del 50%.
Le prestazioni omeopatiche o di agopuntura devono essere effettuate esclusivamente da medico chirurgo.

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

PSICOTERAPIA

11.27) Psicoterapia e colloqui psicologici

La Cassa rimborsa le spese per psicoterapia e colloqui psicologici fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 600,00= con una franchigia del 20%.

In presenza di una relazione clinica, dalla quale risulti che le terapie sono effettuate da vittime di bullismo o violenza di genere, il massimale annuale previsto è elevato a € 800,00= per nucleo famigliare.

Documentazione: richiesta di rimborso; ricevuta fiscale/fattura emessa dal professionista psicologo iscritto all'albo di categoria dell'Ordine Nazionale Psicologi.

PRESTAZIONI RISERVATE AI TITOLARI DI DISABILITA' CON INVALIDITA' INPS

11.28) Prestazioni riabilitative per assistiti affetti da disabilità riconosciuta

La Cassa rimborsa le spese per prestazioni riabilitative/terapeutiche effettuate da assistiti affetti da disabilità riconosciuta superiore ai due terzi, connesse alle patologie che concorrono alla condizione di invalidità/handicap, riportate nel relativo certificato di riconoscimento.
La prestazione sanitaria viene erogata fino a concorrenza del massimale annuo per beneficiario di € 3.500,00= con una franchigia del 30%.

Documentazione: richiesta di rimborso; prescrizione del medico curante con evidenza della correlazione con l'invalidità certificata; ricevuta fiscale della terapia riabilitativa; copia del certificato di invalidità rilasciato dall'INPS o del certificato di riconoscimento dell'handicap rilasciato dall'Azienda Sanitaria Locale.

11.29) Presidi/apparecchiature sanitarie per assistiti affetti da disabilità riconosciuta

La Cassa rimborsa le spese relative a presidi/apparecchiature sanitarie, sostenute da assistiti affetti da disabilità riconosciuta superiore ai due terzi, fino a concorrenza del massimale annuo per beneficiario di € 1.000,00=, se connessi alle patologie che concorrono alla condizione di invalidità/handicap, riportate nel relativo certificato di riconoscimento.

Documentazione: richiesta di rimborso; prescrizione del medico curante con evidenza della correlazione con l'invalidità certificata; ricevuta fiscale/fattura con l'indicazione dell'IVA agevolata al 4%; copia del certificato di invalidità rilasciato dall'INPS o del certificato di riconoscimento dell'handicap rilasciato dall'Azienda Sanitaria Locale.

MALATTIE DI CARATTERE ONCOLOGICO

11.30) Patologie oncologiche

La Cassa rimborsa le seguenti spese pertinenti a patologia oncologica:

a. acquisto di **parrucca** fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 250,00=.

   Documentazione: richiesta di rimborso; certificazione medica giustificativa; ricevuta fiscale/fattura emessa dal soggetto autorizzato alla vendita.

b. rimborso per spese relative al **supporto psicoterapico** effettuate da psicoterapeuta, fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 500,00= con applicazione della franchigia del 20%.

   Documentazione: richiesta di rimborso; certificazione rilasciata dallo stesso psicoterapeuta descrittiva della causa/disturbo/patologia; ricevuta fiscale/fattura della spesa sostenuta emessa dal professionista psicoterapeuta iscritto all'albo di categoria dell'Ordine Nazionale Psicologi o all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

c. rimborso per le spese per il **linfodrenaggio**, effettuato da fisioterapista, sostenute a seguito dell'asportazione dei linfonodi a causa di patologia oncologica.
   La presente prestazione sanitaria viene erogata con l'applicazione di una franchigia del 30%, fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di € 800,00=.

   Documentazione: richiesta di rimborso, prescrizione del medico specialista, ricevuta fiscale del centro medico presso il quale viene effettuata la prestazione, del fisioterapista o massofisioterapista che l'ha effettuata o dello studio fisioterapico. Il professionista dovrà risultare iscritto all'Albo professionale di categoria.

d. rimborso per le **spese sanitarie di controllo** effettuate dopo la conclusione del periodo di follow up, sostenute a seguito di patologia oncologica pregressa e ad essa correlate. La presente prestazione sanitaria viene erogata con l'applicazione di una franchigia del 20% fino a concorrenza del massimale annuo per nucleo famigliare di € 300,00=.

   Documentazione: richiesta di rimborso; prescrizione del medico specialista; ricevuta fiscale del medico o del centro medico presso il quale viene effettuata la prestazione.

RECUPERO TOSSICODIPENDENZA ED ETILISMO

11.31) Recupero da tossicodipendenza ed etilismo

La Cassa riconosce un'indennità per evento per nucleo famigliare di € 2.000,00, 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 prestazione è erogata 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.

ESTERO

11.32) 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 famigliare.
Sono escluse dal rimborso le spese relative a cerimonie funebri, l'inumazione e ogni spesa accessoria.

Documentazione: richiesta di rimborso; certificato di morte; fattura della ditta che ha eseguito il trasporto o documentazione equipollente fiscalmente valida.

11.33) Prestazioni all'estero

Le prestazioni sanitarie previste dal presente Nomenclatore 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.

LTC

11.34) Prestazione LTC – stati di non autosufficienza

La prestazione relativa agli stati di non autosufficienza è descritta nell'allegato 2 del presente Nomenclatore.

CAPITOLO 4 - Esclusioni

Articolo 12
Limiti delle prestazioni

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

1. CURE/TERAPIE, comprese le cure omeopatiche, i medicinali e i vaccini;
2. prestazioni che non siano rese da medici chirurghi o dai professionisti sanitari esplicitamente previsti dagli articoli del Nomenclatore;
3. intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
4. prestazioni mediche riguardanti trattamenti sclerosanti, terapie vascolari in genere, mesoterapia e simili;
5. chirurgia plastica, salvo per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età e quella a scopo ricostruttivo da infortunio e da intervento demolitivo, sia in ricovero che ambulatoriale. Verrà ammesso al rimborso anche il primo intervento per il bilanciamento del controlaterale post mastectomia;
6. infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico) alcool e sostanze psicotrope;
7. conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
8. cure e prestazioni di qualsiasi genere, anche chirurgiche, di qualsiasi patologia odontoiatrica, odontostomatologica 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;
9. le analisi di laboratorio e le procedure medico-chirurgiche previste per il trattamento delle cellule staminali;
10. medicina preventiva (predittività), sperimentale e/o di ricerca e/o alternativa;
11. 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;
12. prestazioni, di qualsiasi genere a carattere estetico o con finalità estetica e prestazioni, di qualsiasi genere, ad esse conseguenti o riconducibili;
13. malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
14. aborto volontario non terapeutico;
15. ricoveri in strutture sanitarie di lunga permanenza e lungodegenza (RSA, RSP, Hospice, cronicari, case di riposo e simili) ancorché qualificate come cliniche o case di cura o case della salute;
16. spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, comunque eseguite, se non previste specificatamente nei capitoli del presente Nomenclatore Annuale delle prestazioni;
17. spese relative a prestazioni non previste dai protocolli sanitari di follow-up o successive al termine dello stesso (salvo quanto previsto dall'articolo 11.30 lettera d);
18. prestazioni di ogni genere, mediche o chirurgiche a carattere di prevenzione/check-up;

19. i ricoveri, sia in regime ordinario che in day hospital, effettuati privatamente ed aventi esclusivo fine di eseguire visite/accertamenti/terapie/cure/interventi chirurgici che possano essere effettuati ambulatorialmente, senza recare pregiudizio alla salute del paziente;
20. prestazioni, anche chirurgiche, inappropriate o che qualora non venissero effettuate non verrebbe arrecato pregiudizio alla salute dell'assistito;
21. prestazioni, anche chirurgiche, che rechino pregiudizio alla salute del paziente o non riconosciute dai protocolli medici scientifici;
22. prestazioni, di qualsiasi genere, non consentite dalla legge italiana;
23. presidi/dispositivi definiti "usa e getta";
24. prestazioni mediche e sanitarie effettuate in farmacia o che si avvalgono della telemedicina;
25. prestazioni mediche e sanitarie richieste per il fine del rilascio di certificazioni, ad eccezione della visita specialistica medico sportiva prevista al punto 11.7 b.

Cassa Mutua Nazionale
Comitato Amministratore

ALLEGATO 1

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Ai fini del raddoppio del massimale di cui all'art. 10) del Nomenclatore 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.
- 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.

Oculistica

- Interventi per neoplasie del globo oculare.
- Intervento di enucleazione del globo oculare.

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.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale.
- 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 linfoadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.
- Mastectomia e quadrantectomia per tumore.
- Resezione epatica.

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 linfoadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia.

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.
- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne.
- Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei.

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 radicale per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.
- Prostatectomia radicale con linfoadenectomia per tumore.
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare.

Trapianti d'organo

- Tutti.

ALLEGATO 2

PRESTAZIONE LTC – stati di non autosufficienza

POLIZZA A:

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.

Durata della polizza: 01/01/2022-31/12/2022

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 A) 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-Polizza A".
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 l'anno 2022 è pari a 20.000,00 Euro e verrà erogato dalla Compagnia Assicuratrice. Termini e modalità della copertura sono descritti nel testo della "Polizza sanitaria A - Copertura Collettiva per stati di non autosufficienza per il personale delle Banche di Credito Cooperativo Iscritto a Cassa Mutua Nazionale" pubblicato sul portale 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 A), la costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (definito P.A.I.) 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 portale 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 l'anno 2022).
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 Nomenclatore 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 trasmettere 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 A) 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 A (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 A (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 A), invio a Cassa Mutua Nazionale della richiesta di rimborso inerente alle prestazioni rimborsabili di seguito elencate:

1. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connesse allo stato di non autosufficienza, non previste dal Nomenclatore 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.

POLIZZA B:

Destinatari della prestazione: tutti i soggetti iscritti alla Cassa Mutua Nazionale non rientranti nella Polizza A.

Durata della polizza: 01/01/2022-31/12/2022

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

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 B) 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-Polizza B".
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 l'anno 2022 è pari a 1.700,00 Euro e verrà erogato dalla Compagnia Assicuratrice. Termini e modalità della copertura sono descritti nel testo della "Polizza sanitaria B - Copertura Collettiva per stati di non autosufficienza per gli assistiti di Cassa Mutua Nazionale non rientranti nella polizza A" pubblicata sul portale 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 B), la costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (definito P.A.I.) 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 portale della Cassa Mutua Nazionale www.cmn.bcc.it).

POLIZZA C AD ADESIONE VOLONTARIA:

Destinatari della prestazione: tutti i soggetti destinatari della Polizza B che non abbiano compiuto il 70° anno di età **e che soddisfino i requisiti di assicurabilità previsti all'art. 5 della Polizza C.**

Durata della Polizza: 01/01/2022-31/12/2022

Copertura assicurativa: consente, a fronte del pagamento di un premio variabile in base all'età dell'assicurato (tra i 30,00 e i 300,00 euro annui, come descritto all'art. 11 della "Polizza C – Copertura per stati di non autosufficienza ad adesione per gli assistiti dei Cassa Mutua Nazionale non rientranti nella polizza A e integrativa alla polizza B"), di ottenere un'ulteriore prestazione pari ad € 4.300,00 annui, in aggiunta a quella prevista dalla Polizza B, raggiungendo così una prestazione complessiva, nei casi di insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente, così come definita all'art. 5 della Polizza C, pari ad € 6.000,00 annui.
Il premio per tale copertura verrà versato dal Destinatario, titolare del nucleo familiare iscritto alla Cassa Mutua Nazionale, direttamente alla Compagnia Assicuratrice, secondo le modalità che verranno comunicate all'atto della sottoscrizione della copertura, la quale potrà avvenire solo nel periodo di apertura della finestra di sottoscrizione.