



PIANO SANITARIO

CASSA MUTUA TOSCANA BCC

DECORRENZA 22/05/2022

Approvato dall'Assemblea dei Soci del 21 maggio 2022

INDICE

Premessa _____ pag. 5

VISITE MEDICHE E TERAPIE SANITARIE

Art. 1.1 Visite specialistiche, rilascio certificazioni _____ pag. 7
Art. 1.2 Terapie e prestazioni sanitarie _____ pag. 8
Art. 1.3 Minori: psicoterapia, pedagogia, logopedia, psicomotricità _____ pag. 9
Art. 1.4 Terapie dermatologiche, flebologiche e antalgiche _____ pag. 10

ANALISI CLINICHE E DIAGNOSTICA

Art. 2.1 Analisi, accertamenti clinici e diagnostici, ticket _____ pag. 12
Art. 2.2 Alta diagnostica _____ pag. 13

CURE FISIOTERAPICHE

Art. 3.1 Chiropratica, osteopatia, fisioterapia, cure idrotermali _____ pag. 15
**Art. 3.2 Minori: fisioterapia, rieducazione posturale, terapie respiratorie
Termali** _____ pag. 16
Art. 3.3 Trattamenti fisioterapici a seguito di intervento chirurgico _____ pag. 17

CURE DENTARIE

Art. 4.1 Cure odontoiatriche _____ pag. 19
Art. 4.2 Minori: cure ortodontiche _____ pag. 20
Art. 4.3 Acquisto bite _____ pag. 21
Art. 4.4 Detartrasi Blue Assistance _____ pag. 22

LENTI DA VISTA

Art. 5.1 Lenti da vista	_____	pag. 24
Art. 5.2 Lenti per ametropie elevate	_____	pag. 26
Art. 5.3 Sussidi ottici	_____	pag. 27

ORTESI, SUSSIDI PROTESICI E AUSILI TERAPEUTICI

Art. 6.1 Ortesi e ausili ortopedici e terapeutici	_____	pag. 29
Art. 6.2 Protesi acustiche ed oculari	_____	pag. 30
Art. 6.3 Acquisto di arti artificiali	_____	pag. 31
Art. 6.4 Riparazione di arti artificiali	_____	pag. 32

MATERNITÀ

Art. 7.1 Gravidanza	_____	pag. 34
Art. 7.2 Parto naturale	_____	pag. 35
Art. 7.3 Parto cesareo	_____	pag. 36
Art. 7.4 Procreazione medicalmente assistita – P.M.A.	_____	pag. 37
Art. 7.5 Crioconservazione	_____	pag. 38

CHIRURGIA

Art. 8.1 Interventi chirurgici ambulatoriali, denti inclusi e ottavi	_____	pag. 40
Art. 8.2 Interventi chirurgici	_____	pag. 41
Art. 8.3 Grandi interventi chirurgici	_____	pag. 42
Art. 8.4 Anticipo spese di intervento	_____	pag. 43

RICOVERI

Art. 9.1 Day hospital, day surgery, day service, pre-ospedalizzazione e dimissione protetta	_____	pag. 45
Art. 9.2 Diaria per ricovero, osservazione breve intensiva o ricovero in Medicina di osservazione	_____	pag. 46
Art. 9.3 Ricovero senza intervento chirurgico	_____	pag. 47
Art. 9.4 Degenza extraospedaliera	_____	pag. 48

TRASPORTO AMMALATI

Art. 10.1 Trasporto/recupero ammalato/infortunato in Italia	_____	pag. 50
Art. 10.2 Trasporto/recupero ammalato/infortunato all'estero	_____	pag. 51

RIMBORSI PER TRASFERTE

Art. 11.1 Spese dell'accompagnatore	_____	pag. 53
Art. 11.2 Rimborso viaggio a malati con patologie croniche, oncologiche o malattie rare per accertamenti specialistici o terapie	_____	pag. 54

NON AUTOSUFFICIENZA

Art. 12.1 Prestazioni riabilitative per disabili	_____	pag. 56
Art. 12.2 Degenza diurna per disabili	_____	pag. 57
Art. 12.3 Assistenza straordinaria in attesa di riconoscimento di LTC permanente	_____	pag. 58
Art. 12.4 Assistenza in caso di riconoscimento di LTC permanente	_____	pag. 59
Elenco Grandi Interventi Chirurgici	_____	pag. 60

PREMESSA

Il presente Piano sanitario disciplina le prestazioni erogate dalla Cassa alla propria compagine sociale ed è redatto nel rispetto dello Statuto e del Regolamento della Cassa medesima.

L'erogazione delle prestazioni è subordinata al rispetto, da parte dei soci, delle norme dello Statuto e del Regolamento, ferme restando le esclusioni previste dall'articolo 16 del Regolamento, di seguito integralmente riportato:

Ferme restando le specifiche esclusioni previste dai singoli articoli del Piano sanitario, sono sempre escluse:

1. *le prestazioni o la chirurgia plastica e stomatologica di carattere estetico, ad eccezione:*
 - a. *di quelle effettuate sui minori di 12 anni;*
 - b. *delle forme ricostruttive rese necessarie da infortunio o da intervento chirurgico non di tipo estetico;*
2. *le prestazioni conseguenti ad interventi di cui al punto 1 che abbiano prodotto ulteriori danni estetici;*
3. *le visite o prestazioni sanitarie ad esclusiva finalità estetica;*
4. *i check-up;*
5. *la cura delle conseguenze di infortuni sofferti a causa di proprie azioni dolose;*
6. *le prestazioni che non siano rese da medici chirurghi o dai professionisti sanitari esplicitamente previsti dal Piano sanitario;*
7. *i ricoveri e le prestazioni avvenuti in Beauty Farm, alberghi, centri estetici, palestre (salvo quanto espressamente previsto per i minori), piscine (salvo quanto previsto a favore delle persone non autosufficienti), centri sportivi, anche se gestiti da medici;*
8. *le spese riguardanti il comfort;*
9. *qualsiasi tipo di medicinale o vaccinazione;*
10. *le prestazioni di ogni genere non previste dalla legge italiana.*

VISITE MEDICHE E TERAPIE SANITARIE



Art. 1.1

(Visite specialistiche, rilascio certificazioni)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie:

1. visite mediche e/o medico specialistiche;
2. visite e prestazioni odontoiatriche effettuate presso il SSN, limitatamente al relativo ticket;
3. rilascio di certificazioni mediche (compreso le cartelle cliniche).

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.000,00 euro per nucleo familiare*

*le prestazioni degli articoli 1.1 e 1.2 hanno in comune un unico massimale di € 2.000,00

PRESCRIZIONI

- gli accertamenti diagnostici effettuati durante la visita specialistica e collegati alla stessa sono imputati automaticamente al presente articolo senza necessità di prescrizione.

ESCLUSIONI

- le visite mediche e medico-specialistiche in gravidanza, in quanto ricomprese nell'art. 7.1 del presente Piano;
- le visite dell'odontoiatra in quanto ricomprese nell'articolo 4.1 e 4.2 del presente Piano;
- le prestazioni sanitarie previste all'art. 1.2 del presente Piano;
- le visite medico-legali e le perizie dettate da controversie di natura risarcitoria, in quanto non ammesse al rimborso.

Art. 1.2

(Terapie e prestazioni sanitarie)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie:

1. terapie mediche e medico-chirurgiche diverse da quelle previste dall'art. 1.4;
2. terapie mediche e medico-chirurgiche di cui all'art. 1.4, rese necessarie dallo stato di invalidità certificata;
3. psicoterapia effettuata da psichiatra o psicologo/psicoterapeuta;
4. prestazioni sanitarie effettuate da:
 - a) podologo;
 - b) logopedista;
 - c) dietista o biologo nutrizionista;
 - d) infermiere;
 - e) ostetrica;
 - f) ortottista;
 - g) tecnico audiometrista;
 - h) tecnico di riabilitazione psichiatrica;
 - i) tecnico audioprotesista;
 - l) tecnico di fisiopatologia cardiologica;
 - m) tecnico ortopedico.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.000,00 euro per nucleo familiare*

*le prestazioni degli articoli 1.1 e 1.2 hanno in comune un unico massimale di € 2.000,00

SOTTO MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO PUNTO 3: 1.000,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI

- gli esami e le analisi effettuati contestualmente alla visita, il cui importo non sia dettagliato in fattura, sono imputati automaticamente al presente articolo.

PRESCRIZIONI PUNTO 2

- copia del certificato e attestazione medica della relazione tra l'invalidità e la prestazione.

PRESCRIZIONI PUNTO 3

- per le prestazioni dello psicologo/psicoterapeuta, in alternativa:
 - a) certificazione della patologia rilasciata da Struttura Sanitaria pubblica (ASL);
 - b) richiesta del medico di base (di famiglia) e certificazione dello psichiatra contenente la diagnosi e la necessità terapeutica.

ESCLUSIONI

- le visite mediche e medico-specialistiche in gravidanza, in quanto ricomprese nell'art. 7.1 del presente Piano;
- le prestazioni di psichiatri, psicologi e logopedisti per i minorenni, in quanto ricomprese nell'art. 1.3 del presente Piano;
- le prestazioni per patologie e disfunzioni indicate agli artt. 3.1, 3.2, 3.3, 12.1 e 12.4 del presente Piano.

Art. 1.3

(Visite e prestazioni sanitarie per minorenni)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari minorenni rimborsando le spese sostenute per le prestazioni effettuate dai seguenti professionisti:

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|--|
| a) psichiatra; | b) psicologo o psicoterapeuta; | c) logopedista; |
| d) pedagogista; | e) psicomotricista; | f) tecnico di riabilitazione psichiatrica; |
| g) educatore professionale. | | |

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 1.400,00 euro per nucleo familiare

PRECISAZIONI

Le prestazioni di psichiatri o psicologi/psicoterapeuti [lettere a) e b)] che coinvolgono i genitori sono rimborsabili solo se la terapia è funzionale alla cura del minore. Per essere rimborsabile la ricevuta o fattura, nel caso sia intestata ad uno dei genitori, dovrà riportare in descrizione che la terapia è stata svolta nell'interesse del minore.

Nel caso di fatture emesse da associazioni o cooperative deve essere indicato il nominativo e la professione di chi ha effettivamente prestato il sostegno al minore.

Art. 1.4

(Terapie sanitarie dermatologiche, flebologiche, antalgiche, osteopatia e chiropratica)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per le seguenti terapie sanitarie:

1. terapie dermatologiche (compresa l'asportazione chirurgica di neoformazioni, fibromi ecc. non accompagnata da esame istologico), solo se effettuate da medici chirurghi specializzati in dermatologia o chirurgia plastica;
2. terapie flebologiche (comprese le cure dell'apparato linfatico) effettuate da medici chirurghi o da fisioterapisti iscritti all'albo;
3. terapie antalgiche, (compresa l'agopuntura e le terapie infiltrative) e/o infiltrazioni di farmaci effettuate da medici chirurghi;
4. osteopatia effettuata da medico chirurgo o Osteopata D.O. o professionista iscritto al R.O.I.;
5. chiropratica effettuata da medico chirurgo o Chiropratico D.O. o professionista iscritto all'A.I.C.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

IMPORTO MASSIMO PER INFILTRAZIONE: € 60,00 per singola prestazione (pari a € 80,00 di spesa)

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 500,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI

- per tutte le terapie, certificazione della patologia, durata e numero di sedute della terapia. Per quelle flebologiche è necessario il referto di ecocolordoppler.

PRESCRIZIONI PUNTO 1

- le rimozioni di neoformazioni, anche chirurgiche, saranno rimborsate con il presente articolo se non accompagnate da referto dell'esame istologico.

ESCLUSIONI

- tutte le prestazioni ad esclusiva finalità estetica.

PRECISAZIONI

Sono rimborsabili soltanto le prestazioni dei fisioterapisti iscritti alla Federazione nazionale Ordini TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

<https://webiscritti.tsrweb.it/Public/RicercaIscritti.aspx>

ANALISI CLINICHE E DIAGNOSTICA



Art. 2.1 **(Analisi, accertamenti clinici e diagnostici, ticket)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie:

1. analisi, accertamenti clinici e diagnostici ordinari;
2. diagnostica strumentale effettuata per **patologie odontoiatriche e/o parodontali** (es. ortopantomica, telecranio, tac dentascan, stratigrafia ATM, radiografie endorali periapicali);
3. esami e accertamenti eseguiti presso le **farmacie pubbliche e private** operanti in convenzione con il SSN.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.200,00 euro per nucleo familiare*

*le prestazioni degli articoli 2.1 e 2.2 hanno in comune un unico massimale di € 2.200,00

SOTTO MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO PER ESAMI COVID-19: € 100,00 per nucleo familiare

PRESCRIZIONI PUNTO 1

- per tutte le indagini relative al Covid-19 (tampone, esami molecolari o sanguigni) effettuate in regime sanitario privato è necessario produrre, per aver diritto al rimborso della Cassa Mutua Toscana, la prescrizione rilasciata dal medico curante o dal pediatra con data non antecedente a 10 giorni dalla prestazione.

PRESCRIZIONI PUNTO 3

- copia della prescrizione medica, fattura o scontrino parlante indicante la prestazione effettuata, copia del referto della prestazione.

ESCLUSIONI

- gli accertamenti di alta diagnostica previsti dall'articolo 2.2 del presente Piano;
- le analisi cliniche e gli accertamenti diagnostici in gravidanza, in quanto ricompresi nell'articolo 7.1 del presente Piano;
- ogni tipo di indagine clinica tesa all'accertamento della paternità o della parentela.

Art. 2.2 **(Alta diagnostica)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per i seguenti accertamenti di alta diagnostica:

1. angiografie;
2. esami endoscopici;
3. risonanze magnetiche nucleari (RM);
4. tomografie computerizzate (TAC);
5. tomografie ad emissione di positroni (PET);
6. scintigrafie.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.200,00 euro per nucleo familiare*

*le prestazioni degli articoli 2.1 e 2.2 hanno in comune un unico massimale di € 2.200,00

PRESCRIZIONI

- copia della prescrizione medica.

ESCLUSIONI

- gli accertamenti previsti dall'articolo 2.1 del presente Piano e qualsiasi altro tipo di accertamento non espressamente indicato nel presente articolo;
- le analisi cliniche e gli accertamenti diagnostici in gravidanza, in quanto ricompresi nell'articolo 7.1 del presente Piano.

CURE FISIOTERAPICHE



Art. 3.1 (Fisioterapia e cure idrotermali)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute, in conseguenza di patologie o disfunzioni congenite o acquisite in ambito neuromuscoloscheletrico o dell'apparato respiratorio, per le seguenti terapie fisico riabilitative:

1. fisioterapia manuale e strumentale, riabilitazione/rieducazione funzionale effettuata da medico chirurgo, fisioterapista iscritto all'albo o presso centri medici e/o fisioterapici accreditati;
2. riabilitazione/rieducazione funzionale (effettuata anche presso piscine pubbliche o private) per le sole forme di disabilità motoria permanente;
3. cure idrotermali, per le quali il rimborso è calcolato sull'importo del ticket previsto dalle convenzioni con il SSN.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 1.000,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONE PUNTO 1

- prescrizione medica, con data antecedente dalla fattura di massimo 180 giorni con indicata la diagnosi, la prognosi del paziente e le prestazioni consigliate. Indicazione in fattura o su documento accompagnatorio della tipologia e del numero dei trattamenti effettuati.
Ai fini del rimborso dovrà essere riscontrata congruenza tra quanto prescritto e quanto indicato in fattura.

PRESCRIZIONI PUNTO 2

- copia del certificato INPS da cui risulti un'invalidità pari o superiore al 50% con disabilità motoria permanente.

ESCLUSIONI

- i massaggi estetici e tecniche di massaggio dolce;
- le prestazioni effettuate da professionisti diversi da quelli esplicitamente previsti nel presente articolo (es.: chinesiologi, massaggiatori, pranoterapeuti ecc.);
- le prestazioni, effettuate presso centri sportivi, piscine, palestre e simili anche se di questi sia responsabile/titolare un medico o un fisioterapista;
- le prestazioni fisioterapiche rese dall'odontoiatra privo della specializzazione in fisioterapia, che rientrano nell'articolo 4.1 del presente Piano;
- le prestazioni a favore di beneficiari minorenni in quanto ricomprese nell'articolo 3.2 del presente Piano.

PRECISAZIONI

Sono rimborsabili soltanto le prestazioni dei fisioterapisti iscritti alla Federazione nazionale Ordini TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

<https://albo.albowed.net/registry/search>

Art. 3.2

(Minori: fisioterapia, rieducazione posturale, terapie respiratorie o termali)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari minorenni rimborsando le spese sostenute, in conseguenza di patologie o disfunzioni congenite o acquisite in ambito neuromuscoloscheletrico o dell'apparato respiratorio, per le seguenti terapie fisico riabilitative:

1. le prestazioni previste dall'art. 3.1;
2. ginnastica correttiva o rieducazione posturale su soggetti affetti da paramorfismo, effettuata da terapisti della riabilitazione, chinesiologi o laureati in Scienze Motorie, anche in palestre;
3. fisioterapia respiratoria o terapie idrotermali.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 1.000,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI PUNTO 1

- prescrizione medica, con data antecedente dalla fattura di massimo 180 giorni con indicata la diagnosi, la prognosi del paziente e le prestazioni consigliate. Indicazione in fattura o su documento accompagnatorio della tipologia e del numero dei trattamenti effettuati;
- ai fini del rimborso dovrà essere riscontrata congruenza tra quanto prescritto e quanto indicato in fattura.

PRESCRIZIONI PUNTO 2

- prescrizione rilasciata da specialista (ortopedico o fisiatra), nella quale si faccia riferimento al paramorfismo.

PRESCRIZIONI PUNTO 3

- prescrizione del pediatra o dello specialista nella branca di pertinenza.

ESCLUSIONI

- le prestazioni a favore di maggiorenni in quanto ricomprese nell'articolo 3.1 del presente Piano.
- le prestazioni effettuate da professionisti diversi da quelli esplicitamente previsti nel presente articolo (massaggiatori, pranoterapeuti ecc.).

PRECISAZIONI

Sono rimborsabili soltanto le prestazioni dei fisioterapisti iscritti alla Federazione nazionale Ordini TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

<https://webiscritti.tsrweb.it/Public/RicercaIscritti.aspx>

Art. 3.3

(Trattamenti fisioterapici a seguito di intervento chirurgico)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per trattamenti di riabilitazione per casi di deficit neuromotorio dipendenti direttamente da:

- intervento chirurgico;
- effettuati da medici chirurghi, fisioterapisti iscritti all'albo o presso centri accreditati (medici o fisioterapisti);
- entro 120 (centoventi) giorni dall'evento e per una durata massima di terapia di 60 (sessanta) giorni continuativi di calendario o di 30 sedute.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 1.000,00 euro per singolo intervento.

PRESCRIZIONI

- copia della cartella clinica o idonea certificazione dalla quale risulti la tipologia dell'intervento subito;
- prescrizione dello specialista indicante la diagnosi, la correlazione con l'intervento chirurgico, la prognosi, il numero e la tipologia dei trattamenti;
- nella fattura e/o ricevuta devono essere chiaramente indicate la correlazione con l'intervento e il numero di sedute. In mancanza di tali dati la prestazione verrà imputata all'articolo 3.1 del presente Piano.

ESCLUSIONI

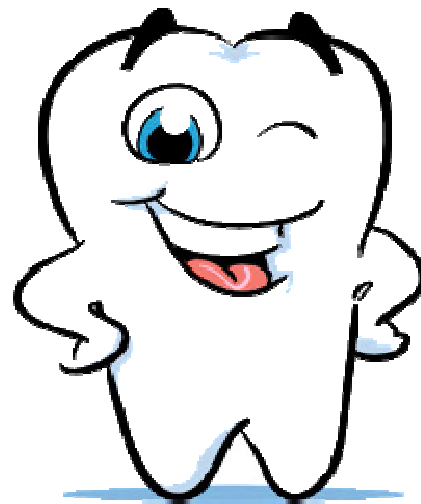
- le prestazioni effettuate da professionisti diversi da quelli esplicitamente previsti nel presente articolo (es.: chinesiologi, massaggiatori, pranoterapeuti ecc.).

PRECISAZIONI

Sono rimborsabili soltanto le prestazioni dei fisioterapisti iscritti alla Federazione nazionale Ordini TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

<https://albo.alboweb.net/registry/search>

CURE DENTARIE



Art. 4.1 (Cure odontoiatriche)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per tutte le prestazioni effettuate dall'odontoiatra o medico dentista o igienista dentale, ivi comprese le visite specialistiche e gli interventi chirurgici, salvo quanto indicato nelle precisazioni del presente articolo.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 90%

MASSIMALE DI RIMBORSO VITALIZIO: incremento annuo di 200,00 euro per nucleo familiare. Il massimale maturato e non utilizzato rimane a disposizione del Socio per tutta la vita associativa, salvo il venir meno in caso di cessazione del rapporto associativo.

PRECISAZIONI

- le prestazioni effettuate dall'odontoiatra o medico dentista o igienista dentale non rientranti nel presente articolo sono: a) ticket odontoiatrici (art. 1.1); b) diagnostica strumentale per patologie odontoiatriche o parodontali (art. 2.1); c) cure ortodontiche per minori (art. 4.2); d) acquisto bite (art. 4.3); e) detartrasi Blue Assistance (art. 4.4); f) estrazione di ottavi e di denti totalmente inclusi (art. 8.1); g) intervento chirurgico di rialzo del seno mascellare (art. 8.3);
- nel caso in cui l'odontoiatra sia in possesso di un'altra specializzazione dovrà specificare in modo dettagliato nella descrizione della fattura la natura della prestazione, in mancanza della quale la prestazione sarà imputata al presente articolo;
- la Cassa ha la facoltà di richiedere ulteriori approfondimenti e l'esibizione di eventuali referti di esami strumentali propedeutici alla visita.

Art. 4.2

(Minori: cure ortodontiche)

La Cassa interviene a sostegno beneficiari minorenni rimborsando le spese sostenute per tutte le prestazioni ortodontiche (cure, visite, acquisti di apparecchi fissi e mobili) effettuate dall'odontoiatra e/o medico dentista.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

MASSIMALE DI RIMBORSO VITALIZIO: 3.000,00 euro per persona

SOTTO MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 1.000,00 euro per persona

PRESCRIZIONI

- relazione medica specialistica indicante il preventivo di spesa, la patologia, la terapia ortodontica e la durata;
- ortopantomica o foto intraorali o foto dei modelli, antecedenti l'inizio della terapia.

ESCLUSIONI

- i maggiorenni.

Art. 4.3 **(Acquisto bite)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per l'acquisto e la manutenzione del dispositivo bite.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

IMPORTO MASSIMO RIMBORSABILE: 240,00 euro per singolo dispositivo (pari a 300,00 euro di spesa cui si applica la percentuale di rimborso; l'eventuale parte eccedente non sarà oggetto di rimborso)

MASSIMALE DI RIMBORSO VITALIZIO: 1.000,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI

- descrizione in fattura o documento dell'odontoiatra da cui si evinca la necessità del dispositivo.

ESCLUSIONI

- i minorenni in quanto destinatari delle prestazioni dell'articolo 4.2 del presente Piano.

Art. 4.4

(Detartrasi Blue Assistance)

La Cassa rimborsa la spesa sostenuta per un'ablazione (detartrasi) effettuata annualmente dal singolo beneficiario presso una qualsiasi fra le strutture odontoiatriche convenzionate con Blue Assistance.

La validità del presente articolo è subordinata all'esistenza della convenzione con Blue Assistance.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 100% della spesa sostenuta (35,00 euro)

MODALITÀ DI RIMBORSO: il rimborso sarà corrisposto dietro presentazione del documento di spesa e copia del voucher stampato per accedere alla prestazione in convenzione e in entrambi i documenti dovrà risultare il nome del beneficiario.

IMPORTANTE: il rimborso non intacca il massimale individuale per cure dentarie di cui all'articolo 4.1

LENTI DA VISTA



Art. 5.1 **(Lenti da vista)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per l'acquisto di:

2. **LENTI OFTALMICHE GRADUATE:** un paio ogni 24 mesi dall'ultimo rimborso erogato (prendendo a riferimento la data delle fatture o scontrini parlanti).

Il limite temporale dei 24 mesi non opera:

- a. per i minori di 14 anni;
 - b. nel caso in cui si sia in presenza di un nuovo difetto rispetto all'ultimo acquisto rimborsato;
 - c. nel caso di variazione della capacità visiva (visus), rispetto all'ultimo acquisto rimborsato, pari o superiore a:
 - $\frac{1}{2}$ (0,50) diottria per miopia;
 - $\frac{3}{4}$ (0,75) diottria per ipermetropia, astigmatismo e presbiopia
3. **OCCHIALI ECONOMICI PREMONTATI PER PRESBIOPIA SEMPLICE**
 4. **LENTI A CONTATTO SEMESTRALI O DI DURATA SUPERIORE**
 5. **LENTI A CONTATTO DI DURATA INFERIORE A SEI MESI** (GIORNALIERE, SETTIMANALI, MENSILI E TRIMESTRALI)

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 430,00 euro per nucleo familiare (limite entro il quale è possibile rimborsare tutte le prestazioni del presente articolo, nel rispetto dei singoli sotto massimali di seguito descritti).

SOTTOMASSIMALI:

PUNTO 1: LENTI OFTALMICHE PER OCCHIALI DA VISTA

IMPORTI MASSIMI RIMBORSABILI:

- **ipermetropia, miopia, astigmatismo fino a 2 diottrie** e per quelli di **presbiopia semplice: 52,50 euro per singola lente oftalmica** (pari a 70,00 euro di spesa cui si applica la percentuale di rimborso; l'eventuale parte eccedente non sarà oggetto di rimborso);
- **ipermetropia, miopia, astigmatismo superiore alle 2 diottrie: 78,75 euro per singola lente oftalmica** (pari a 105,00 euro di spesa cui si applica la percentuale di rimborso; l'eventuale parte eccedente non sarà oggetto di rimborso);
- lenti oftalmiche progressive: nei limiti del massimale annuo. Le lenti progressive per sola presbiopia sono riconducibili al limite massimo di spesa di 105,00 euro a lente.

Segue: Art. 5.1

PUNTO 2: OCCHIALI ECONOMICI PREMONTATI

IMPORTO MASSIMO RIMBORSABILE: 22,50 euro per singolo occhiale (pari a 30,00 euro di spesa cui si applica la percentuale di rimborso; l'eventuale parte eccedente non sarà oggetto di rimborso)

PUNTO 3: LENTI A CONTATTO SEMESTRALI O DI DURATA SUPERIORE

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 310,00 euro per nucleo familiare.

PUNTO 4: LENTI A CONTATTO DI DURATA INFERIORE A SEI MESI (GIORNALIERE, SETTIMANALI, MENSILI E TRIMESTRALI)

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 250,00 euro per nucleo familiare.

PRESCRIZIONI PUNTO 1

- prescrizione con data non anteriore a 90 giorni dall'acquisto, rilasciata dall'oculista o dall'ottico e riportante il deficit visivo;
- fattura o scontrino fiscale "parlante" (con il codice fiscale del beneficiario della prestazione), con indicazione del costo delle lenti separato da quello della montatura;
- certificato di conformità in cui siano indicati marca, modello, materiale e potere correttivo delle lenti.

PRESCRIZIONI PUNTO 2

- prescrizione con data non anteriore a 90 giorni dall'acquisto, rilasciata dall'oculista o dall'ottico e riportante il deficit visivo;
- fattura o scontrino fiscale "parlante" (con il codice fiscale del beneficiario della prestazione) che riporti il costo complessivo dell'occhiale;
- certificato di conformità.

PRESCRIZIONI PUNTI 3 e 4

- prescrizione con data non anteriore a 90 giorni dall'acquisto, rilasciata dall'oculista o dall'ottico e riportante il deficit visivo;
- fattura o scontrino fiscale "parlante" (con il codice fiscale del beneficiario della prestazione) con indicazione dell'acquisto di lenti;
- documento sottoscritto dal venditore (*Scheda per sussidi ottici/lenti da vista* predisposta dalla Cassa o documento analogo) indicante costo, marca, modello, il materiale delle lenti.

ESCLUSIONI PUNTO 1

- le montature;
- il rimborso contestuale di più coppie di lenti per la correzione di un medesimo difetto visivo.

ESCLUSIONI PUNTO 2

- occhiali premontati non graduati.

ESCLUSIONI PUNTI 3 e 4

- liquidi e prodotti per la manutenzione e conservazione delle lenti a contatto;
- lenti a contatto non graduate.

DEROGA PUNTO 1

- per una sola volta per nucleo familiare nell'arco della vita associativa, su richiesta del Socio, sarà possibile derogare al limite temporale dei 24 mesi (deroga unica per gli articoli 5.1 e 5.2 del presente Piano).

Art. 5.2 (Lenti per ametropie elevate)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per:

LENTI OFTALMICHE GRADUATE PER OCCHIALI per ametropie elevate in presenza dei seguenti difetti:

- **MIOPIA** pari o superiore a 6 diottrie;
- **IPERMETROPIA** pari o superiore a 4 diottrie;
- **ASTIGMATISMO** pari o superiore a 3 diottrie;
- **LENTI PRISMATICHE**;

un paio di lenti ogni 18 mesi dall'ultimo rimborso erogato (prendendo a riferimento la data delle fatture o scontrini parlanti).

Il limite temporale dei 18 mesi non opera:

- a. per i minori di 14 anni;
- b. nel caso in cui si sia in presenza di un nuovo difetto rispetto all'ultimo acquisto rimborsato;
- c. nel caso di variazione della capacità visiva (visus), rispetto all'ultimo acquisto rimborsato, pari o superiore a ½ (0,50) diottria.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 500,00 euro per persona

PRESCRIZIONI

- prescrizione con data non anteriore a 90 giorni dall'acquisto, rilasciata dall'oculista o dall'ottico e riportante il deficit visivo;
- fattura o scontrino fiscale "parlante" (con il codice fiscale del beneficiario della prestazione), con indicazione del costo delle lenti separato da quello della montatura;
- certificato di conformità in cui siano indicati marca, modello materiale e potere correttivo delle lenti.

ESCLUSIONI

- montature;
- il rimborso contestuale di più occhiali per la correzione di un medesimo difetto visivo;
- lenti oftalmiche non graduate.

DEROGA

- per una sola volta per nucleo familiare nell'arco della vita associativa, su richiesta del Socio, sarà possibile derogare al limite temporale dei 18 mesi (deroga unica per gli articoli 5.2 e 5.1 del presente Piano).

Art. 5.3 **(Sussidi ottici)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari affetti da patologie oculari che richiedano l'acquisto dei seguenti sussidi ottici:

1. lenti per trapiantati di cornea;
2. lenti a contatto RGP per cheratocono;
3. lenti a contatto per patologie corneali che necessitano di bendaggio (ulcere e cheratiti bollose);
4. lenti a contatto protetiche per patologie dell'iride.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 1.000,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI

- certificazione specialistica comprovante l'intervento subito o la patologia grave nonché la necessità terapeutica e la descrizione delle lenti.

ORTESI, SUSSIDI PROTESICI E AUSILI TERAPEUTICI



Art. 6.1

(Ortesi e ausili ortopedici e terapeutici)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per:

1. l'acquisto, il noleggio e la riparazione di ortesi o tutori ortopedici (busti, scarpe ortopediche su misura, ginocchiere, cavigliere, plantari e simili). L'acquisto del dispositivo equistasi solo per minori affetti da paramorfismo;
2. l'acquisto o il noleggio di ausili ortopedici (stampelle, deambulatori, sollevatori, carrozzine e simili);
3. il noleggio di materassi antidecubito;
4. l'acquisto o il noleggio di apparecchi per magnetoterapia, qualora sia indispensabile l'utilizzo prolungato nel corso della giornata (almeno 4 ore al giorno);
5. l'acquisto o il noleggio di apparecchi a ventilazione positiva per sindrome da apnee notturne.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 600,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI PUNTO 1

- prescrizione del medico;
- per l'equistasi, relazione dell'ortopedico o del fisiatra attestante il paramorfismo.

PRESCRIZIONI PUNTI 2 E 3

- prescrizione rilasciata da specialista fisiatra, ortopedico, neurologo o da una Struttura Sanitaria pubblica.

PRESCRIZIONI PUNTO 4

- prescrizione medica rilasciata da fisiatra o specialista ortopedico, indicante la diagnosi e la necessità di utilizzo prolungato nel corso della giornata.

PRESCRIZIONI PUNTO 5

- referto dell'esame polisonnografico con indicazione all'utilizzo dell'apparecchio.

ESCLUSIONI PUNTO 1

- ogni tipo di scarpa ergonomia.

ESCLUSIONI PUNTO 2

- qualunque tipo di materasso e cuscino ortopedico.

Art. 6.2

(Protesi acustiche ed oculari)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per l'acquisto o la riparazione di protesi acustiche ed oculari, dedotte dagli eventuali contributi previsti dal Servizio Sanitario pubblico.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 4.000,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI

- prescrizione rilasciata dallo specialista o dal medico di famiglia.

Art. 6.3 **(Acquisto di arti artificiali)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per l'acquisto di arti artificiali, dedotto l'eventuale contributo erogabile dal Servizio Sanitario pubblico.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 30.000,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI

- prescrizione rilasciata da specialista ortopedico o dal Sistema Sanitario pubblico;
- certificazione rilasciata dal Sistema Sanitario pubblico sull'entità del contributo spettante o dichiarazione del venditore da cui risulti l'entità o l'assenza del contributo del Servizio Sanitario pubblico per l'arto artificiale fatturato.

LIMITAZIONI

- per ogni beneficiario il presente contributo, riferito al medesimo arto, potrà essere nuovamente corrisposto solo dopo 60 mesi dall'ultimo rimborso erogato (prendendo a riferimento la data della fattura).

Art. 6.4 **(Riparazione di arti artificiali)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per la riparazione di arti artificiali, dedotto l'eventuale contributo erogabile dal Servizio Sanitario pubblico.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 4.000,00 euro per nucleo familiare

MATERNITÀ



Art. 7.1 **(Gravidanza)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per visite medico-specialistiche ginecologiche ed ostetriche nonché esami diagnostici (compreso amniocentesi o villocentesi).

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO PER SINGOLA GRAVIDANZA: 1.500,00 euro

PRESCRIZIONI

- certificazione del medico specialista in ginecologia attestante lo stato di gravidanza con la data presunta del parto e delle ultime mestruazioni.

Art. 7.2 **(Parto naturale)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per il parto naturale presso clinica o struttura sanitaria privata.

Tale rimborso comprende:

- spese per assistenza medica e infermieristica, cure, medicazioni, esami ed accertamenti diagnostici, sostenute durante il periodo di degenza.

Le spese per rette di degenza ed ogni altra spesa non sanitaria di competenza della struttura sarà rimborsata nella misura di quanto previsto dagli articoli 9.1 e 9.2.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.000,00 euro per nucleo familiare

Art. 7.3 **(Parto cesareo)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari i rimborsando le spese sostenute per il parto cesareo presso ospedali, cliniche o strutture sanitarie private.

Tale rimborso comprende:

- spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per attrezzatura e materiale d'intervento;
- spese per assistenza medica e infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti, esami ed accertamenti diagnostici, sostenuti durante il periodo di degenza.

Le spese per rette di degenza ed ogni altra spesa non sanitaria di competenza della struttura sarà rimborsata nella misura di quanto previsto dagli articoli 9.1 e 9.2.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 4.000,00 per nucleo familiare

Art. 7.4 **(Procreazione medicalmente assistita – P.M.A.)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute in ospedali, cliniche o simili per le procedure di P.M.A.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.000,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI

- copia della cartella clinica.

ESCLUSIONI

- il rimborso di farmaci o medicinali;
- le visite e gli esami non contestuali alla procedura che sono rimborsabili negli articoli 1.1 e 2.1;
- la crioconservazione dei gameti (ovociti e spermatozoi) e degli embrioni in quanto ricompresa nell'articolo 7.5 del presente Piano.

PRECISAZIONI

Ai fini del rimborso, le fatture inerenti la P.M.A. devono essere intestate alla donna che si sottopone alla procedura e saranno rimborsate solo se questa è beneficiaria delle prestazioni di Cassa Mutua.

Art. 7.5 **(Crioconservazione)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per la crioconservazione di gameti, embrioni e cordone ombelicale.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO VITALIZIO: 500,00 euro per nucleo familiare

CHIRURGIA



Art. 8.1 **(Interventi chirurgici in Day Surgery e ambulatoriali)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute in ospedali, cliniche o ambulatori medico-chirurgici per gli interventi chirurgici in regime ambulatoriale o di Day Surgery per i quali sia previsto solo il ricovero diurno.

Tale rimborso comprende:

- a. spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per attrezzatura e materiale d'intervento;
- b. spese per assistenza medica e infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti, esami ed accertamenti diagnostici, sostenuti durante il periodo di degenza o in regime di preospedalizzazione;
- c. spese per rette di degenza ed ogni altra spesa non sanitaria di competenza della struttura, nella misura di quanto previsto dall'art. 9.1.

Per le sole casistiche di cui ai punti a) e b) viene rimborsata l'eventuale IVA.

Sono ricompresi in questo ambito i seguenti interventi:

1. biopsie;
2. chirurgia refrattiva per miopia, astigmatismo e presbiopia;
3. iniezioni intravitreali;
4. estrazione di denti totalmente inclusi e degli ottavi (denti del giudizio).

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

IMPORTO MASSIMO RIMBORSABILE PUNTO 1: 1.000,00 euro per singolo intervento (pari a 1.250,00 euro di spesa cui si applica la percentuale di rimborso; l'eventuale parte eccedente non sarà oggetto di rimborso)

IMPORTO MASSIMO RIMBORSABILE PUNTO 2: 1.600,00 euro per intervento per occhio (pari a 2.000,00 euro di spesa per singolo occhio cui si applica la percentuale di rimborso; l'eventuale parte eccedente non sarà oggetto di rimborso)

IMPORTO MASSIMO RIMBORSABILE PUNTO 3: 800,00 euro per singola iniezione (pari a 1.000,00 euro di spesa cui si applica la percentuale di rimborso; l'eventuale parte eccedente non sarà oggetto di rimborso)

IMPORTO MASSIMO RIMBORSABILE PUNTO 4: 320,00 euro per singolo intervento (pari a 400,00 euro di spesa cui si applica la percentuale di rimborso; l'eventuale parte eccedente non sarà oggetto di rimborso)

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 16.000,00 euro per beneficiario.

PRESCRIZIONI

- copia della cartella clinica (per interventi in Day Surgery) o del registro operatorio (per interventi ambulatoriali).

PRESCRIZIONI PUNTO 4

- ortopantomica o radiografia eseguita prima dell'intervento e ricevuta fiscale dell'odontoiatra con indicazione della prestazione effettuata. La mancanza di uno qualsiasi dei predetti documenti comporta automaticamente l'esclusione dal rimborso in base al presente articolo e il contestuale inserimento della spesa nell'articolo 4.1 del presente Piano (cure odontoiatriche).

ESCLUSIONI

- la chirurgia plastica, estetica e stomatologica di carattere estetico.

Art. 8.2

(Interventi chirurgici in ricovero ordinario)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute in ospedali, cliniche o simili per intervento chirurgico eseguito in regime di ricovero ordinario (compreso aborto terapeutico).

Tale rimborso comprende:

- a. spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per attrezzatura e materiale d'intervento;
- b. spese per assistenza medica e infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti, esami ed accertamenti diagnostici, sostenuti durante il periodo di degenza o in regime di preospedalizzazione;
- c. spese per rette di degenza ed ogni altra spesa non sanitaria di competenza della struttura, nella misura di quanto previsto dall'articolo 9.2.

Per le sole casistiche di cui ai punti a) e b) viene rimborsata l'eventuale IVA.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 90%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 18.000,00 euro per beneficiario

PRESCRIZIONI

- copia della cartella clinica.

ESCLUSIONI

- la chirurgia plastica, estetica e stomatologica di carattere estetico.

Art. 8.3 (Grandi interventi chirurgici)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute in ospedali, cliniche o simili per gli interventi chirurgici riportati nell'allegato A al presente Piano sanitario, nonché l'intervento di rialzo del seno mascellare, dedotto l'eventuale contributo rimborsabile dal Servizio Sanitario pubblico o da soggetti privati (assicurazioni).

Tale rimborso comprende:

- a. spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per attrezzatura e materiale d'intervento;
- b. spese per assistenza medica e infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti, esami ed accertamenti diagnostici, sostenuti durante il periodo di degenza o in regime di preospedalizzazione;
- c. spese per rette di degenza ed ogni altra spesa non sanitaria di competenza della struttura, nella misura di quanto previsto dall'articolo 9.2.

Per le sole casistiche di cui ai punti a) e b) viene rimborsata l'eventuale IVA.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 100%

MASSIMALE DI RIMBORSO PER SINGOLO INTERVENTO: 150.000,00 euro

MASSIMALE DI RIMBORSO PER SINGOLO RIALZO DI SENO MASCELLARE: 1.500,00 euro

PRESCRIZIONI

- copia della cartella clinica;
- limitatamente all'intervento di rialzo del seno mascellare è necessario presentare alternativamente TC Dentascan pre e post-intervento, o radiografia panoramica o endorale pre e post-intervento. È indispensabile che l'esame effettuato prima e dopo l'intervento sia dello stesso tipo, in modo da consentire una corretta valutazione.

PRECISAZIONI

- gli interventi chirurgici non ambulatoriali effettuati per il trattamento di neoplasia maligna, accertata con esame istologico, sono considerati Grandi interventi chirurgici;
- non rientrano nell'intervento di rialzo del seno mascellare le collegate spese di carattere implantologico e protesico.

Art. 8.4 **(Anticipo spese di intervento)**

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari, nei casi di ricovero in istituto, clinica o simile, finalizzato ad un intervento chirurgico previsto dagli articoli 8.1 (ad esclusione degli interventi ambulatoriali), 8.2 e 8.3 (ad esclusione del rialzo del seno mascellare) provvedendo ad anticipare parte delle spese prendendo a riferimento il preventivo dell'istituto medesimo.

L'importo dell'anticipo erogato è dedotto dal rimborso complessivo spettante, in occasione del conguaglio finale.

La Cassa procede all'anticipo nei 15 (quindici) giorni antecedenti la data programmata dell'intervento. Qualora l'intervento per qualsiasi motivo non venisse effettuato, dovrà essere tempestivamente restituita la somma anticipata.

Il Socio o i suoi aventi causa sono tenuti a produrre la documentazione di spesa definitiva entro 60 (sessanta) giorni dalla data dell'intervento, pena la decadenza dal diritto di liquidazione del saldo residuo e la restituzione della somma anticipata.

PERCENTUALE DI ANTICIPO: 80% della percentuale di rimborso prevista dall'articolo di riferimento (8.1, 8.2 o 8.3)

MASSIMALE DI RIMBORSO: entro i massimali previsti dagli articoli 8.1, 8.2 o 8.3

PRESCRIZIONI

- preventivo dell'Istituto, clinica o simile presso la quale si terrà l'intervento chirurgico con descrizione della tipologia di intervento e indicazione della data in cui lo stesso sarà eseguito.

RICOVERI



Art. 9.1

(Day hospital, day surgery, day service, pre-ospedalizzazione e dimissione protetta)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari erogando un contributo per ogni giorno trascorso in ospedali, cliniche o simili in regime di day hospital, day surgery, day service, pre-ospedalizzazione e dimissione protetta (limitatamente, per quest'ultima, ai giorni di controllo e cura effettuati e debitamente certificati dal Servizio Sanitario pubblico).

CONTRIBUTO GIORNALIERO: 50,00 euro

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.500,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI

- certificato di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero e i giorni di effettiva presenza.

ESCLUSIONI

- il semplice accesso al Pronto Soccorso;
- il contributo è alternativo rispetto a quanto previsto per la medesima prestazione dagli altri articoli del presente Piano sanitario.

Art. 9.2

(Diaria per ricovero, osservazione breve intensiva o ricovero in Medicina di osservazione)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari erogando un contributo per ogni giorno trascorso in ospedali, cliniche o simili in regime di ricovero o di osservazione breve intensiva.

CONTRIBUTO GIORNALIERO: 50,00 euro (il giorno di entrata e quello di dimissioni sono considerati una sola giornata).

CONTRIBUTO GIORNALIERO AGGIUNTIVO PER RICOVERI ORDINARI PER COVID-19 per un massimo di 10 giorni:

- € 50,00 per ogni giorno di ricovero ordinario*;
- € 150,00 per ogni giorno di ricovero in terapia intensiva o sub-intensiva*.

* in caso di permanenza in terapia intensiva o sub-intensiva i giorni di ricovero saranno tutti calcolati con la diaria giornaliera più alta (€ 150,00).

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 9.000,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI

- certificato di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero e i giorni di effettiva presenza;
- per i ricoveri covid-19: copia cartella clinica.

ESCLUSIONI

- il decorso fisiologico del neonato (individuato in quattro giorni);
- il soggiorno in istituti per lungodegenti, case di riposo, cronici o simili;
- il contributo è alternativo rispetto a quanto previsto per la medesima prestazione dagli altri articoli del presente Piano.

Art. 9.3

(Ricovero senza intervento chirurgico)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute in ospedali, cliniche o simili, che non comporti intervento chirurgico.

Tale rimborso comprende:

- spese per assistenza medica e infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici, sostenute durante il periodo di degenza;
- spese per rette di degenza, nella misura di quanto previsto dagli articoli 9.1 o 9.2.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 8.000,00 euro per nucleo familiare

ESCLUSIONI

- le spese riguardanti il comfort (supplementi telefono, televisore, frigobar e quant'altro), i costi amministrativi e di segreteria, l'IVA, i bolli e le spese non sanitarie;
- il soggiorno in istituti per lungodegenti, case di riposo, cronici o simili.

Art. 9.4

(Degenza extraospedaliera)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari che:

- a) abbiano subito un trapianto di organi, nel caso in cui si rendesse necessaria la degenza post-operatoria in ambiente sterile diverso da quello ospedaliero;
- b) abbiano sostenuto sedute di radioterapia che rendano necessario un periodo di isolamento.

Il rimborso concerne le spese inerenti l'affitto di appartamenti o l'alloggio in strutture alberghiere.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

CONTRIBUTO MASSIMO GIORNALIERO: 100,00 euro

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 5.000,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI

- prescrizione terapeutica della Struttura sanitaria presso la quale è avvenuto l'intervento in cui sia indicata l'esigenza di soggiornare in un ambiente sterile;
- prescrizione terapeutica della Struttura sanitaria presso la quale è stata somministrata la radioterapia nella quale sia specificata la durata del particolare regime di degenza extraospedaliera;
- originale della fattura o ricevuta della struttura alberghiera o copia del contratto di affitto.

TRASPORTO AMMALATI



Art. 10.1

(Trasporto/recupero ammalato/infortunato in Italia)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per:

- 1) il trasporto dell'ammalato per e da ospedali, cliniche o simili, avvenuto con mezzi di soccorso e/o di pronto intervento, per eventi occorsi su tutto il territorio nazionale, nonché per gli eventuali costi di viaggio sostenuti dall'accompagnatore al seguito;
- 2) il recupero o il trasferimento dell'infortunato dal luogo di infortunio o di successivo ricovero al luogo di abituale dimora, avvenuto con mezzi di soccorso e/o di pronto intervento, per eventi occorsi su tutto il territorio nazionale, nonché per gli eventuali costi di viaggio sostenuti dall'accompagnatore per il recupero o trasferimento di cui sopra.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 3.000,00 euro per nucleo familiare

PRECISAZIONI

Ai mezzi di soccorso e/o di pronto intervento sono equiparate le autovetture utilizzate da Enti di volontariato (Misericordia, Croce Rossa, Croce Verde ecc.) per il trasporto di malati.

Art. 10.2

(Trasporto/recupero ammalato/infortunato all'estero)

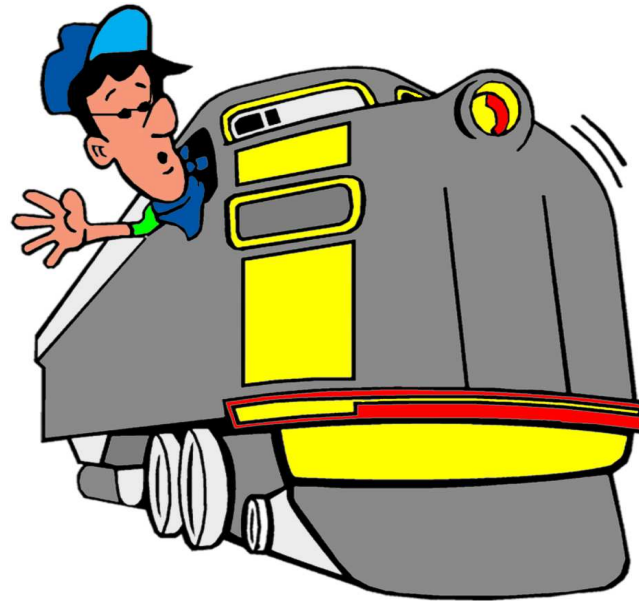
La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per:

- 1) il trasporto dell'ammalato per e da ospedali, cliniche o simili, avvenuto con mezzi di soccorso e/o di pronto intervento, per eventi occorsi al di fuori del territorio nazionale, nonché per gli eventuali costi di viaggio sostenuti dall'accompagnatore al seguito;
- 2) il recupero o il trasferimento dell'infortunato dal luogo di infortunio o di successivo ricovero al luogo di abituale dimora, avvenuto con mezzi di soccorso e/o di pronto intervento, per eventi occorsi al di fuori del territorio nazionale, nonché per gli eventuali costi di viaggio sostenuti dall'accompagnatore per il recupero o trasferimento di cui sopra.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 8.000,00 euro per nucleo familiare

RIMBORSI PER TRASFERTE



Art. 11.1

(Spese dell'accompagnatore)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari erogando un contributo per le spese sostenute dall'accompagnatore per ogni giorno di assistenza in caso di:

- grande intervento chirurgico
- intervento chirurgico e/o ricovero di minore di 18 anni
- intervento chirurgico e/o ricovero dei destinatari delle prestazioni di cui all'articolo 12.1 del presente Piano Sanitario

effettuati presso ospedali, cliniche o simili distanti oltre 75 Km dal luogo di residenza o effettivo domicilio.

CONTRIBUTO GIORNALIERO: 100,00 euro

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 5.000,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI

- certificato di dimissione;
- autocertificazione indicante i giorni di effettiva assistenza prestata al beneficiario presso la struttura sanitaria.

Art. 11.2

(Rimborso viaggio a malati con patologie croniche, oncologiche o malattie rare per accertamenti specialistici o terapie)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari erogando un contributo per le spese di viaggio sostenute per l'effettuazione di visite di controllo, accertamenti o terapie in strutture pubbliche distanti oltre 75 Km dal luogo di residenza o effettivo domicilio, resesi necessarie da malattie rare o patologie croniche invalidanti certificate dal Servizio Sanitario pubblico o neoplastiche maligne debitamente accertate.

VIAGGIO: fino a 120,00 euro;

VIAGGIO: fino a 180,00 euro in presenza di accompagnatore per:

- a) minori;
- b) soggetti con impossibilità alla deambulazione autonoma o con necessità di assistenza continuativa;
- c) soggetti con minorazioni visive ai sensi della legge 3 aprile 2001, n. 138.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.600,00 euro per nucleo familiare

I giorni di permanenza del paziente nella struttura sanitaria sono rimborsati all'interno dell'articolo 9.1 del Piano sanitario.

PRESCRIZIONI

- certificazione rilasciata dal Servizio Sanitario pubblico comprovante l'esistenza di patologia cronica o malattia rara o certificazione medica comprovante l'esistenza di patologia oncologica;
- certificazione della struttura specializzata comprovante l'effettiva effettuazione della prestazione sanitaria, la durata e la correlazione con la patologia cronica o oncologica.

ESCLUSIONI

- il rimborso di cui al presente articolo è in alternativa a quanto previsto dall'articolo 9.3 del presente Piano.

PRECISAZIONI

Gli importi relativi al viaggio verranno rimborsati in base alla spesa sostenuta, autocertificata dal socio utilizzando l'apposito modello, messo a disposizione dalla Cassa.

Si intendono patologie croniche quelle ricomprese nell'Allegato 8 al DPCM 12 gennaio 2017.

Si intendono malattie rare quelle ricomprese nell'Allegato 7 del medesimo DPCM 12 gennaio 2017.

NON AUTOSUFFICIENZA



Art. 12.1 (Prestazioni riabilitative per disabili)

La Cassa interviene a sostegno dei beneficiari affetti da patologie che abbiano determinato uno stato invalidante con impossibilità alla deambulazione autonoma e/o con necessità di assistenza continuativa, nel rimborso delle spese sostenute per:

- prestazioni riabilitative;
- acquisto, noleggio e riparazione di ausili ortopedici (deambulatori, sollevatori, carrozzine e simili).

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 90%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 6.000,00 euro per persona

PRESCRIZIONI

- copia del verbale di accertamento dello stato invalidante rilasciato dall'INPS;
- attestazione di pagamento della terapia riabilitativa o della prestazione socio-sanitaria;
- fattura di acquisto dell'ausilio ortopedico.

ESCLUSIONI

- i soci e i familiari cui sia stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza permanente da parte dell'assicurazione LTC della Cassa.

PRECISAZIONI

I soggetti destinatari delle prestazioni di cui al presente articolo sono coloro i quali:

1. beneficiano di indennità di accompagnamento o ai quali è stato riconosciuto lo stato di handicap in condizione di gravità, da parte dell'INPS;
2. beneficiano di assegno per assistenza personale e continuativa, riconosciuto dall'INAIL.

Restano esclusi coloro per i quali tale riconoscimento sia legato a patologie neoplastiche in trattamento radioterapico o chemioterapico. Le prestazioni di cui al presente articolo, in considerazione della loro particolare valenza solidaristica, non rientrano nel calcolo del contributo per "familiari non a carico" previsto dall'art. 2 del Regolamento.

Art. 12.2 (Degenza diurna per disabili)

La Cassa interviene a sostegno dei soggetti disabili di cui all'articolo 12.1, nel caso in cui i medesimi trascorrono periodi di degenza diurna (anche in forma di day hospital) in ospedali, cliniche, strutture sociosanitarie o simili accreditati presso il Servizio Sanitario pubblico erogando un contributo per ogni giorno di permanenza nella struttura.

CONTRIBUTO GIORNALIERO: 50,00 euro

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 6.000,00 euro per nucleo familiare

PRESCRIZIONI

- certificazione della struttura indicante i giorni di effettiva presenza;
- autorizzazione del SSN all'erogazione di prestazioni riabilitative, comprensiva del piano di trattamento.

ESCLUSIONI

- i soci e i familiari cui sia stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza permanente da parte dell'assicurazione LTC della Cassa.
- le prestazioni del presente articolo non sono rimborsabili con l'articolo 9.1.

PRECISAZIONI

I soggetti destinatari delle prestazioni di cui al presente articolo sono coloro i quali:

1. beneficiano di indennità di accompagnamento o ai quali è stato riconosciuto lo stato di handicap in condizione di gravità, da parte dell'INPS;
2. beneficiano di assegno per assistenza personale e continuativa, riconosciuto dall'INAIL.

Sono esclusi coloro per i quali tale riconoscimento sia legato a patologie neoplastiche in trattamento radioterapico o chemioterapico.

Le prestazioni di cui al presente articolo, in considerazione della loro particolare valenza solidaristica, non rientrano nel calcolo del contributo per "familiari non a carico" previsto dall'articolo 2 del Regolamento.

Art. 12.3

(Assistenza straordinaria in attesa di riconoscimento di LTC permanente)

La Cassa interviene a sostegno dei soci che abbiano aperto il sinistro ai sensi della polizza di *Copertura collettiva per stati di non autosufficienza* contratta dalla Cassa, quando dallo *Schema di accertamento* previsto dalla polizza risulti uno stato di non autosufficienza permanente.

Il riconoscimento del contributo è subordinato alla conferma dello stato di non autosufficienza permanente da parte dei medici legali della Cassa e decorre dal mese successivo a quello del ricevimento da parte dell'assicurazione del questionario e della documentazione medica esaustiva e cessa alla data di decorrenza della prima liquidazione da parte della compagnia.

DESTINATARI: esclusivamente i soci per cui sia attivata la copertura assicurativa LTC soci da parte della Cassa.

CONTRIBUTO MENSILE: 1.500,00 euro

MASSIMALE DI RIMBORSO UNA TANTUM: 9.000,00 euro per socio in attesa del riconoscimento di LTC permanente

PRESCRIZIONI

- copia di tutta la documentazione inoltrata all'assicurazione per l'apertura del sinistro LTC, comprese le eventuali integrazioni richieste per la definizione dell'istruttoria.

ESCLUSIONI

- il diritto alle prestazioni del presente articolo esclude il ricorso alle prestazioni degli articoli 12.1 e 12.2 del presente Piano.

Art. 12.4

(Assistenza in caso di riconoscimento di LTC permanente)

La Cassa, in ottemperanza alla previsione contrattuale, interviene a sostegno dei soci a favore dei quali sia stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza permanente ai sensi della polizza di *Copertura collettiva per stati di non autosufficienza* contratta dalla Cassa.

L'assistenza prevede il rimborso delle spese sostenute per:

1. prestazioni riabilitative;
2. acquisto di ausili ortopedici (deambulatori, sollevatori, carrozzine e simili).
3. prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di assistenza alla persona;

DESTINATARI: esclusivamente i soci per cui sia attivata la copertura assicurativa LTC soci da parte della Cassa.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 100%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 5.000,00 per socio riconosciuto in stato di LTC permanente.

PRESCRIZIONI

- copia della lettera di riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente della Compagnia assicuratrice.

PRESCRIZIONI PUNTO 1

- ricevuta fiscale della terapia riabilitativa.

PRESCRIZIONI PUNTO 2

- fattura di acquisto dell'ausilio ortopedico.

PRESCRIZIONI PUNTO 3

- ricevuta fiscale di cooperative sociali e di enti gestori del servizio ambulanze o trasporto malati;
- busta paga, contratto di lavoro per badante e relativi contributi versati all'INPS.

ESCLUSIONI

- i soci cui sia stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza permanente entro il 31/12/2015;
- il diritto alle prestazioni del presente articolo esclude il ricorso alle prestazioni degli articoli 12.1 e 12.2 del presente Piano.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (ART. 8.3)

Cardiochirurgia

Interventi a cuore aperto per:

- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- Correzione impianto anomalo coronarie
- Correzione “Ostium primum” con insufficienza mitralica
- Correzione canale atrioventricolare completo
- Finestra aorto-polmonare
- Correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche di tipo fetale
 - coartazioni aortiche multiple o molto estese
 - stenosi aortiche infundibulari
 - stenosi aortiche sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide
 - pervietà interventricolare ipertesa
 - pervietà interventricolare con “debanding”
 - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- Sostituzioni valvolari multiple
- Sostituzione valvolare con by-pass aortocoronarico

- Aneurismi aorta toracica
 - Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
 - Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aortocoronarici
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

Chirurgia Vascolare

Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale

Chirurgia del Sistema Nervoso Centrale e Periferico

Craniotomia e craniotomia (esplorativa/decompresiva) per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale, asportazione di processi espansivi endocranici (ascessi, cisti parassitarie, etc.), corpo estraneo

Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)

Interventi sul talamo e sul globo pallido, emisferectomia, lobectomia cerebrale, lobotomia e trattotomia

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali, extra-midollari

Trattamento di lesioni intramidollari (siringomielia, ascessi, etc.)

Somatotomia vertebrale

Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

Ortopedia e traumatologia

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti

Resezioni del sacro

Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari

Disarticolazione interscapolo toracica

Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made" Emipelvectomia

Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto

Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca

Vertebrotomia

Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi

Uncoforaminotomia

Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale

Artrodesi per via anteriore

Interventi a cielo aperto sul rachide per via posteriore per artrodesi vertebrale

Interventi a cielo aperto sul rachide per via anteriore senza impianti

Interventi a cielo aperto sul rachide per via anteriore con impianti

Interventi di accorciamento e/o allungamento delle ossa degli arti e/o osteoclasia (qualsiasi sede) e/o inserzione di stimolatore di crescita ossea (qualsiasi sede)

Amputazioni e/o disarticolazioni degli arti superiori e/o inferiori a vari livelli e revisione di moncone (esclusi interventi a livello delle dita)

Sistema respiratorio

Riparazione del diaframma

Collo

Gozzo retrosternale con mediastinotomia

Interventi sull'apparato digerente

Esofago

Interventi con esofagoplastica

Resezione gastro-digiunale

Megaesofago

Cardioplastica

Fegato

Reinterventi sulle vie biliari

Interventi chirurgici per ipertensione portale
Epatectomia parziale e/o lobectomia di fegato

Intestino

Colectomia totale per malattie infiammatorie del colon

Pancreas

Interventi per pancreatite acuta

Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche

Interventi per pancreatite cronica

Retto - Ano

Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare

Operazione per megacolon

Interventi sull'orecchio

Ricostruzione canale uditivo

Trapianti di organi

Tutti

Traumi diretti con rotture viscerali

Tutti

Urologia

Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

Interventi per malattia oncologica

Interventi chirurgici non ambulatoriali effettuati per il trattamento di neoplasia maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico e il trapianto di midollo osseo.