

REGOLAMENTO SOCIALE

SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO

CONSORZIO MUTUE ETS



REGOLAMENTO SOCIALE

Art. 1 - Il presente Regolamento è redatto secondo le disposizioni dello Statuto della Società di Mutuo Soccorso "Consorzio Mutue" di Novara, Ente del Terzo Settore (ETS).

TITOLO I

NORME GENERALI DI PARTECIPAZIONE E ASSISTIBILITA'

PRESTAZIONI

Art. 2 - Le prestazioni del Consorzio Mutue consistono in assistenze integrative, complementari o sostitutive di quelle fornite dal Sistema Sanitario Regionale (SSR) e sono le seguenti:

- a) rimborso spese per ricoveri ospedalieri;
- b) rimborso spese per indagini diagnostiche e visite specialistiche ambulatoriali;
- c) assistenza infermieristica e alla cura del Socio (domiciliare e/o ospedaliera);
- d) indennità economiche per ricovero e malattia;
- e) erogazione di sussidi economici.

Le caratteristiche delle varie prestazioni, le modalità di erogazione, i limiti delle stesse e la loro decorrenza, sono deliberate dal Consiglio di Amministrazione il quale stabilisce anche i limiti di età per fruire delle prestazioni e l'attuazione anche parziale alle assistenze elencate nel presente articolo.

I rimborsi del Consorzio Mutue sono integrativi di eventuali rimborsi dovuti al Socio da parte del SSR o di altri Enti o Compagnie di assicurazione. Qualora ne sia in diritto, è fatto obbligo al Socio di fare preventiva richiesta di rimborso a questi enti. In tal caso, il Consorzio Mutue liquiderà al Socio la differenza risultante tra la somma ammessa come rimborsabile, calcolata in base a propri criteri, e la somma ottenuta da altri Enti. La somma dei due rimborsi non potrà superare l'importo della spesa sostenuta.

Il rimborso delle spese sostenute, o di parti di esse, avverrà sulla base della documentazione prodotta dal Socio. Dalla documentazione dovrà emergere piena corrispondenza e congruità con i dati clinici esposti nella proposta di ricovero o nella prescrizione medica per l'esecuzione di indagini cliniche o di laboratorio e di visite specialistiche, salvo l'accertamento di una diversa grave patologia o di complicazioni. In caso di ricovero, il giorno di ingresso e quello delle dimissioni verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

ADESIONI-VARIAZIONI-NEONATI

Art. 3 - L'ammissione a Socio è consentita fino al compimento dell'anno previsto dalle varie tipologie di assistenza. Il Socio può aderire a tutte, ad una sola o a più assistenze previste all'art. 2, versando la tassa d'ammissione e i contributi associativi, secondo modalità e limiti stabiliti con delibera del Consiglio di Amministrazione. I nuovi iscritti con età compresa tra 0 e

29 anni hanno diritto, per il primo anno di iscrizione, allo sconto del 10% dei contributi associativi.

L'adesione del Socio a nuove forme di assistenza, aggiuntive a quelle alle quali aveva già aderito, è consentita con i limiti di età previsti per la tipologia della nuova assistenza scelta e comporta l'osservanza delle relative norme.

L'adesione del Socio a forme di assistenza diminutive, rispetto a quelle alle quali aveva già aderito, viene considerata disdetta parziale; pertanto, la nuova adesione deve essere comunicata al Consorzio Mutue entro il 31 ottobre ai fini dell'attivazione della nuova assistenza per l'anno successivo.

Art. 4 - È prevista l'iscrizione di tutto il nucleo familiare (conviventi compresi) salvo deroga autorizzata dal Consiglio di Amministrazione. I Soci iscriveranno i propri figli entro 2 mesi dalla nascita e gli stessi hanno diritto immediato alle prestazioni previste dall'assistenza alla quale aderiscono, fatte salve le esclusioni di cui all'articolo 5.

I Soci che godono di rimborsi sanitari da altri Enti a partecipazione obbligatoria hanno diritto allo sconto del 10% dei contributi associativi.

È fatto obbligo al Socio di comunicare l'esistenza di eventuali altre coperture assicurative all'atto dell'iscrizione o nel periodo successivo.

ESCLUSIONI

Art. 5 - I Soci non possono ottenere le prestazioni previste all'art. 2 del presente Regolamento se affetti dalle seguenti patologie:

- a) malattie (nonché le sequele e le manifestazioni morbose a quelle etiopatogenicamente rapportabili) preesistenti alla data della loro iscrizione o a quella di variazione della loro posizione assistenziale, salvo valutazione del Consiglio di Amministrazione. Per "malattie preesistenti alla data di iscrizione" o "malattie preesistenti alla data di variazione della posizione assistenziale" si intende una determinata patologia presente prima dell'iscrizione al Consorzio Mutue o prima della variazione della posizione assistenziale oppure qualsiasi alterazione dello stato di salute che sia stata causa della malattia attuale e si sia manifestata prima dell'iscrizione al Consorzio Mutue o della variazione della posizione assistenziale. Per "sequele e manifestazioni morbose a quelle etiopatogenicamente rapportabili" si intende qualsiasi alterazione dello stato di salute o condizione patologica derivante o conseguente a malattie preesistenti alla data di iscrizione al Consorzio Mutue o alla data di variazione della posizione assistenziale.
- b) malattie o malformazioni congenite;
- c) malattie o malformazioni genetiche;
- d) abuso di alcolici o di psicofarmaci;
- e) uso non terapeutico di stupefacenti;
- f) uso non terapeutico di sostanze psicoattive;
- g) malattie e infortuni derivanti da risse ed ubriachezza, da maneggio di armi o, in genere, da manifesta imprudenza;

- h) malattie e infortuni causati da qualsiasi attività sportiva agonistica (per attività sportiva agonistica si intende un'attività praticata con continuità ed in forme organizzate dalle federazioni sportive e comprende gli allenamenti, le manifestazioni, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stage di preparazione alle stesse).

Sono escluse le prestazioni:

- a) per cure estetiche;
- b) per riduzione della miopia, dell'ipermetropia e dell'astigmatismo se le lenti correttive tradizionali o quelle a contatto sono in grado di correggere adeguatamente l'acuità visiva;
- c) per cure omeopatiche o, in generale, di medicina cosiddetta "alternativa" o medicina non basata su prove di efficacia;
- d) per cure od indagini effettuate a scopo preventivo, compresa ogni forma di check-up.

Sono inoltre escluse dai rimborsi le spese:

- a) per rilascio di certificati (per esempio: idoneità sportiva, sana e robusta costituzione, visite e certificati medico legali, rilascio o rinnovo patente);
- b) per training autogeno, corsi parto e altre prestazioni similari;
- c) per tutte le prestazioni eseguite presso centri termali e centri benessere;
- d) per prestazioni cosiddette extra, come bar, pernottamento, pasti ospiti, ecc.

Il diritto ad ottenere il rimborso delle prestazioni si prescrive decorsi 2 mesi dalla data di conclusione delle stesse.

Il ricorso a prestazioni di Day-Hospital è riconosciuto esclusivamente nei casi di intervento chirurgico, chemioterapia, radioterapia e nei casi autorizzati dal Consiglio di Amministrazione. Nessuna prestazione, sia nei casi di ricovero che di Day-Hospital, è ammissibile se dalla documentazione inviata al Consorzio Mutue non risulti chiaramente che la stessa è stata eseguita da un Istituto autorizzato, come ospedale pubblico o casa di cura.

TASSA DI AMMISSIONE E CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

Art. 6 - Il Consiglio di Amministrazione, in sede di redazione del bilancio preventivo, provvederà a determinare la misura dei contributi associativi annui pro-capite che decorreranno dal primo giorno dell'anno cui il bilancio preventivo stesso si riferisce. È demandata al Consiglio di Amministrazione la facoltà di non applicare, per alcune iscrizioni, la tassa di ammissione.

Art. 7 - I contributi associativi devono essere corrisposti in via anticipata, di norma entro il 31 gennaio di ogni anno.

È ammesso il pagamento in tre rate con le seguenti scadenze: 31 gennaio, 31 maggio, 30 settembre. A titolo di rimborso forfetario delle spese, sull'importo della seconda rata verrà applicata una maggiorazione del 2% e sulla terza rata del 3%.

Qualora il Socio effettui il pagamento dei contributi in ritardo, dovrà versare una maggiorazione del 3% per rimborso forfetario di spese. Il Consiglio di Amministrazione potrà concordare particolari forme di pagamento in caso di accordi aziendali.

I Soci che aderiranno al Consorzio Mutue durante l'anno verseranno i contributi, per le assistenze prescelte, proporzionalmente al numero di mesi che separano il momento dell'iscrizione al 31 dicembre dell'anno in corso.

Qualora l'iscrizione non decorra dal mese di gennaio, l'iscritto ha diritto ad un rimborso proporzionale al numero di mesi decorrenti dal pagamento del contributo associativo.

Qualora il Socio non provveda ai versamenti entro alle scadenze previste, i suoi diritti resteranno interrotti e potranno essere riacquisiti solo con il pagamento dei contributi scaduti ma con carenza di un mese. Se tale morosità supererà quattro mesi, il Socio potrà riacquisire i suoi diritti con una carenza di due mesi. Queste condizioni valgono anche per i pagamenti rateali.

La morosità è causa di decadenza da Socio, al termine di ogni anno, fermo restando l'obbligo dello stesso di corrispondere i contributi associativi relativi alle assistenze alle quali ha aderito.

Art. 8 - In particolari circostanze, motivate, è facoltà del Consiglio d'Amministrazione derogare a quanto previsto dal presente Regolamento ed erogare contributi di assistenza ai Soci che si trovino in particolari condizioni di disagio o prevedere speciali assistenze.

CONVENZIONI

Art. 9 - Al fine di ottenere prestazioni a costi favorevoli per i propri Soci, il Consorzio Mutue può stipulare specifiche convenzioni con professionisti, centri diagnostici, ospedali pubblici o privati.

Nelle strutture o negli studi dei professionisti convenzionati con il Consorzio Mutue, l'assistenza ai Soci può essere fornita in forma *diretta*, nel qual caso sarà a carico del Socio solo una parte del costo della prestazione (secondo il tariffario concordato con le strutture o i professionisti) mentre la restante parte verrà saldata direttamente alla struttura convenzionata da parte del Consorzio Mutue. Nel caso degli esami di laboratorio, l'assistenza in forma *diretta* è limitata ai soli esami di routine che sono previsti nell'apposito elenco elaborato dal Consorzio Mutue. Le prestazioni nelle strutture convenzionate potranno essere effettuate anche in forma *indiretta* con il saldo delle prestazioni da parte del Socio e la successiva richiesta di rimborso al Consorzio Mutue. Per le prestazioni effettuate nelle strutture non convenzionate, l'assistenza verrà fornita esclusivamente in forma *indiretta*.

ASSISTIBILITÀ

Art. 10 - Salvo diverse disposizioni per le singole tipologie di assistenza, il Socio è assistibile per 90 giorni all'anno con il massimo di 30 giorni continuativi per ogni ricovero. Il massimo di 30 giorni di ricovero continuativo è applicato a tutte le fattispecie di ricoveri anche se gli stessi sono avvenuti in strutture sanitarie diverse. I periodi non sono considerati continuativi se l'intervallo tra un ricovero e l'altro è di almeno 10 giorni.

Il Socio affetto da forme morbose ad andamento cronico è assistibile per un massimo di 15 giorni di ricovero all'anno, salvo diverse disposizioni previste per specifiche forme di assistenza.

Sono esclusi i ricoveri cosiddetti *assistenziali*, finalizzati alla sola assistenza e cura del Socio. L'assistenza in forma diretta, di cui all'art. 9, potrà essere usufruita non prima di un anno dalla data di iscrizione.

DECORRENZA DELLA RIMBORSABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

Art. 11 - Ai Soci nuovi iscritti, Il rimborso delle prestazioni è riconosciuto trascorsi 90 giorni dall'iscrizione, 300 giorni in caso di parto e dal momento dell'iscrizione in caso di infortunio. Per tutti i Soci valgono le decorrenze dalla data del pagamento dei contributi associativi.

AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO AI FINI DEL RIMBORSO E RIMBORSABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

Art. 12 - Ai soli fini della rimborsabilità, ogni ricovero indirizzato ad intervento chirurgico, in regime di solvenza, deve essere preventivamente autorizzato per iscritto dal Consorzio Mutue. L'autorizzazione prevede che il Socio assistito presenti una proposta di ricovero, redatta dal medico curante o dallo specialista, in originale o in copia conforme all'originale, nella quale dovranno essere espresse le motivazioni del ricovero e la tipologia di intervento chirurgico proposto (con i dati clinici e le notizie anamnestiche di rilievo).

Il Consorzio Mutue potrà richiedere al Socio documentazione relativa ai ricoveri precedenti, agli esami e alle terapie precedentemente eseguite. In caso di ricovero d'urgenza, la comunicazione dovrà essere inviata per iscritto al Consorzio Mutue entro tre giorni. L'autorizzazione o l'urgenza del ricovero non escludono il successivo accertamento di tutti gli elementi utili a perfezionare il diritto al rimborso, ai sensi dell'art. 5 del presente Regolamento.

Art. 13 - Il Consorzio Mutue interviene nei casi di ricovero ospedaliero per cure mediche (senza intervento chirurgico) quando il Socio sia affetto da forme patologiche che, per entità del quadro clinico, incertezza diagnostica o problemi terapeutici, comportino controlli e assistenza medica nella fase acuta della malattia.

I presupposti sono:

- a) alta probabilità di complicazioni;
- b) incertezza diagnostica che renda indispensabili adeguati accertamenti clinici eseguibili solo in strutture pubbliche o private;
- c) trattamenti terapeutici che richiedono controlli clinici continui;
- d) presenza di situazioni cliniche gravi o di difficile inquadramento;
- e) impiego di tecniche o strumentazioni diagnostiche o terapeutiche di elevata specializzazione;
- f) condizioni cliniche del Socio che possono rendere rischioso l'espletamento dell'esame clinico in ambito non ospedaliero.

Art. 14 - Per ottenere il rimborso, al termine di ogni ricovero, il Socio è tenuto a produrre la seguente documentazione:

- a) per i ricoveri in regime di solvenza: la cartella clinica completa (comprendente il diario clinico e il verbale dell'intervento chirurgico) e le fatture di spesa e notule mediche rimaste a carico del Socio;
- b) per i ricoveri in ambito del SSR o di Ospedali convenzionati con il SSR: la lettera di dimissione contenente la diagnosi clinica circostanziata, le procedure, le indagini e le terapie eseguite.

Per ottenere il rimborso delle prestazioni ambulatoriali il Socio deve presentare, al Consorzio Mutue, la seguente documentazione:

- a) per le prestazioni diagnostiche in strutture private in regime di solvenza: la prescrizione medica (da parte del medico curante o del medico specialista) contenente l'indicazione dettagliata degli esami da eseguire, le fatture di spesa e il dettaglio degli esami eseguiti. La prescrizione dovrà inoltre contenere la diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia per cui vengono richiesti gli esami. Qualora, per necessità urgenti, il Socio fosse sprovvisto della richiesta medica con diagnosi, potrà effettuare la prestazione in assistenza indiretta.
- b) Per le prestazioni diagnostiche e le visite specialistiche effettuate in strutture pubbliche del SSR o in strutture accreditate dal SSR: le ricevute comprovanti il pagamento del ticket.
- c) Per le visite specialistiche in strutture private: la parcella del medico specialista.

Il Socio si impegna a rilasciare al Consorzio Mutue ogni altra documentazione che il Consorzio riterrà utile ai fini della valutazione delle richieste di rimborso.

Tutta la documentazione clinica dovrà pervenire in originale o come copia conforme all'originale.

ENTITÀ MASSIMA E LIMITI DEI RIMBORSI

Art. 15 - Il rimborso massimo annuo è di € 75.000 per tutte le prestazioni alle quali il Socio ha diritto, salvo diverse disposizioni relative alle singole forme di assistenza. Il Consiglio di Amministrazione, su richiesta del Socio, potrà erogare un'anticipazione del rimborso nel caso di particolari situazioni disagiate e a fronte di rilevanti spese da sostenere.

In caso di interventi chirurgici eseguiti nella stessa seduta, nei limiti della spesa riconosciuta rimborsabile, verrà applicata la tariffa riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per l'altro o per gli altri interventi concomitanti la relativa tariffa rimborsabile è ridotta al 50%.

In caso di accesso al Pronto Soccorso, la diaria giornaliera è riconosciuta solo se all'accesso segue un ricovero.

TITOLO II

NORME RELATIVE AGLI ORGANI SOCIALI

Art. 16 - Ai fini di assicurare un regolare svolgimento delle Assemblee dei Soci ed una ordinata e completa trattazione dei diversi punti all'Ordine del giorno, le votazioni assembleari, previste dall'Art. 17 dello Statuto, saranno effettuate a partire dalla conclusione della trattazione di ogni specifico punto all'ordine del giorno.

Art. 17 - I soci che intendono candidarsi a membri del Consiglio di Amministrazione, oltre agli obblighi statutari, devono fornire un Curriculum in formato Europeo o equivalente.

Art. 18 - Al fine di rendere più efficaci e tempestive le decisioni riguardanti la gestione ordinaria del Consorzio Mutue e di discutere e formulare le proposte di delibera al Consiglio di Amministrazione, ai sensi dell'Art. 25, comma a) dello Statuto, è istituito un Comitato di Presidenza. Il Comitato è nominato dal Consiglio di Amministrazione che ne approva il regolamento.

OFFERTA ASSISTENZIALE

ASSISTENZA COMPLETA PER RICOVERI

L'assistenza completa per i ricoveri, di cui alla lettera a) dell'art. 2 del Regolamento, prevede rimborsi o indennità per ricoveri in strutture pubbliche e case di cura. Sono assistibili anche i ricoveri in regime di day-hospital come previsto dall'art. 5 del Regolamento.

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino alla data del compimento del 60° anno di età. Gli importi dei contributi associativi saranno suddivisi in scaglioni secondo le seguenti fasce di età:

fascia 1 da 0 a 18 anni

fascia 2 da 19 a 29 anni

fascia 3 da 30 a 44 anni

fascia 4 da 45 a 55 anni

fascia 5 da 55 a 59 anni

fascia 6 >60 anni

Per i ricoveri con intervento chirurgico in regime di solvenza, il rimborso sarà elargito come segue: per le spese di degenza, sala operatoria, esami, farmaci, emoderivati, etc, verrà riconosciuto un rimborso del 70% delle spese sostenute documentate; per le spese relative all'equipe medica, il rimborso verrà riconosciuto secondo il tariffario FASI.

Il rimborso complessivo delle voci precedenti riconoscerà dal minimo del 75% al massimo del 90% della spesa sostenuta ammessa come rimborsabile, con il limite di € 50.000 per anno.

Queste regole si applicano ai Soci che non abbiano usufruito di rimborsi da parte di altri enti. In caso di trapianti d'organo, è previsto un rimborso una-tantum delle spese sostenute per il prelievo dal donatore, il trasporto dell'organo, le spese di ricovero e di intervento, gli accertamenti diagnostici, le cure e i farmaci somministrati, l'assistenza medica, infermieristica e la retta di degenza, fino a € 75.000.

Per ricoveri che non prevedono intervento chirurgico, in regime di solvenza, il rimborso sarà elargito come segue:

- per la retta di degenza, € 300 al giorno con il massimo di € 4.500 annuo;
- per gli esami di laboratorio e altre prestazioni diagnostiche, i farmaci e le trasfusioni di emoderivati un rimborso del 70% delle spese sostenute documentate;
- per l'assistenza medica, € 100 al giorno con il massimo di € 1.500;
- per i consulti, € 150 (massimo 3 consulti). Il rimborso riconoscerà dal minimo del 75% al massimo del 90% della spesa sostenuta ammessa come rimborsabile, con il limite di € 50.000 per anno.

In caso di ricovero per parto fisiologico è prevista l'erogazione di un rimborso massimo di € 4.000 e in caso di parto cesareo di € 8.000.

In caso di ricovero in strutture pubbliche o convenzionate con il SSR, in regime di assistenza gratuita, verranno riconosciuti € 40 di diaria giornaliera.

In caso di ricovero per terapie riabilitative in strutture pubbliche o convenzionate con il SSR, in regime di assistenza gratuita, il Socio ha diritto alla diaria giornaliera di € 40 per un massimo di giorni 15 e, se effettuate in regime di solvenza, il Socio ha diritto ad un concorso spese determinato in € 130 giornaliere per un massimo di giorni 15.

ASSISTENZA PER RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI DI PARTICOLARE COMPLESSITA'

L'assistenza di cui alla lettera a) dell'art. 2 del Regolamento, prevede rimborsi per ricoveri in strutture pubbliche e case di cura e cliniche private esclusivamente per l'esecuzione di interventi chirurgici di particolare complessità, previsti nell'elenco ad hoc approvato dal Consiglio di Amministrazione e per percorsi di riabilitazione relativi agli stessi.

La prima iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino alla data del compimento del 60° anno di età.

Gli importi dei contributi associativi saranno suddivisi in scaglioni secondo le seguenti fasce di età: fascia 1 da 0 a 18 anni

fascia 2 > 18 anni

Il Socio che è sottoposto agli interventi chirurgici di particolare complessità ha diritto al rimborso delle spese relative al ricovero elargito come segue:

- per le spese di degenza, sala operatoria, esami, farmaci, emoderivati, etc, verrà riconosciuto un rimborso del 70% delle spese sostenute documentate;
- per le spese relative all' equipe medica, il rimborso verrà riconosciuto secondo il tariffario FASI.

Il rimborso riconoscerà dal minimo del 75% al massimo del 90% della spesa sostenuta e ammessa come rimborsabile fino a un massimo di € 25.000 per anno.

In caso di ricovero per terapie riabilitative post-intervento chirurgico in strutture pubbliche o convenzionate con il SSR, in regime di assistenza gratuita, il Socio ha diritto alla diaria giornaliera di € 40 per un massimo di giorni 15 e, se effettuate in regime di solvenza, il Socio ha diritto ad un concorso spese determinato in € 55 giornaliere per un massimo di giorni 15.

In caso di ricovero per interventi chirurgici o cure mediche in strutture pubbliche o convenzionate con il SSR, in regime di assistenza gratuita, verranno riconosciuti € 40 di diaria giornaliera.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE COMPLETA

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa, di cui alla lettera b) dell'art. 2 del Regolamento, prevede il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, prestazioni ambulatoriali, esami di laboratorio e altre indagini diagnostiche eseguiti ambulatorialmente.

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino alla data del compimento del 60° anno di età. Questa assistenza deve essere abbinata all'Assistenza Completa per Ricoveri.

Prestazioni rimborsabili:

- a) Per gli esami di laboratorio e le indagini diagnostiche effettuati in regime di solvenza, si applicano le norme previste dall'Art. 9 del Regolamento. L'importo massimo rimborsabile, per singola richiesta di rimborso di esami di laboratorio, è di € 250.
- b) Visite specialistiche: il rimborso delle visite specialistiche effettuate privatamente è di € 95 o pari all'importo sostenuto, se inferiore. Il numero di visite specialistiche fisiatriche, reumatologiche dermatologiche e dietologiche rimborsabili è fissato a 3 per anno; il numero totale delle visite specialistiche rimborsabili è fissato a 8 per anno.
- c) Altre prestazioni ambulatoriali:
 - Per piccole prestazioni ambulatoriali (piccola chirurgia, medicazioni) il rimborso sarà effettuato sulla base di quanto previsto dal tariffario del Consorzio Mutue o dell'importo sostenuto, se inferiore.
 - Per prestazioni di fisioterapia è previsto un contributo del 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 200 all'anno. In caso di infortunio il massimo è stabilito in € 400.
 - il rimborso dei tickets pagati al SSR per prestazioni specialistiche ambulatoriali sarà in misura del 70% della cifra pagata. Sono esclusi i rimborsi dei tickets relativi alle cure e prestazioni odontoiatriche e alle vaccinazioni non obbligatorie.
 - Per sedute di agopuntura il rimborso sarà di € 20 per seduta con un massimo di € 200 all'anno.
 - Per le infiltrazioni articolari di farmaci il rimborso sarà di € 100 per seduta con un massimo di € 200 all'anno.
 - Per le infiltrazioni non articolari di farmaci il rimborso sarà di € 100 per seduta, con un massimo di 300 € all'anno, comprensivo di materiali, medicinali e apparecchiature.
 - Per tutte le infiltrazioni eco-guidate il rimborso sarà di € 120 per seduta, con un massimo di tre prestazioni all'anno.
 - Per i blocchi antalgici il rimborso sarà di € 90 per seduta, con un massimo di tre sedute all'anno.
 - Per le terapie con onde d'urto il rimborso sarà di € 55 per seduta, con un massimo di cinque.
 - Per le sedute di logopedia il contributo ammonterà al 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 200 all'anno.
 - In caso di esami o visite specialistiche effettuate per lo studio dell'infertilità è previsto un contributo del 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 500 all'anno.
 - In caso di esami o visite specialistiche effettuate per patologie di pertinenza neurologica o psichiatrica come sindrome depressiva, sindrome psicotica, sindrome ansiosa, anoressia o bulimia, epilessia, è previsto un contributo del 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 200 all'anno.

Le sedute di psicoterapia saranno rimborsabili solo se effettuate dal medico specialista in psichiatria.

 - E' inoltre previsto un rimborso per prestazioni avvenute prima o dopo un ricovero per intervento chirurgico (60 giorni prima e 90 giorni dopo): per visite specialistiche, relative al

ricovero, effettuate in regime di solvenza, € 125 per ogni visita, con un massimo di € 500 all'anno; per fisioterapia e riabilitazione post ricovero per intervento chirurgico: rimborso sino a € 750;

- Per gli esami relativi ad indagini su disturbi alimentari (test sul microbiota intestinale, disbiosi test, celiachia, intolleranze alimentari, etc.) il tetto massimo di spesa rimborsabile annualmente è di € 250.

Sono escluse dal rimborso le spese sostenute per le protesi, i presidi e i dispositivi medici.

Questa tipologia di assistenza prevede il rimborso esclusivamente per patologie acute, non saranno assistiti i Soci affetti da malattie e forme morbose ad andamento cronico. L'entità massima del rimborso annuo per questo tipo di assistenza è fissata in € 2.000.

ASSISTENZA CON INDENNITÀ GIORNALIERE DI RICOVERO (IGR)

L' Assistenza con indennità giornaliera di ricovero, di cui alla lettera d) dell'art. 2 del Regolamento, prevede esclusivamente indennità per ricoveri in strutture pubbliche, case di cura e cliniche private.

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino alla data del compimento del 60° anno di età.

I Soci hanno diritto, in caso di ricoveri in strutture pubbliche o private, agli indennizzi come di seguito specificati:

1^ categoria € 18 al giorno

2^ categoria € 35 al giorno

3^ categoria € 55 al giorno

4^ categoria € 68 al giorno

5^ categoria € 83 al giorno

6^ categoria € 100 al giorno

In caso di ricovero per terapie riabilitative, il Socio ha diritto all'indennità giornaliera per un massimo di 15 giorni.

N.B. Dall'1/1/2025 non è più consentita l'iscrizione alle IGR se non in abbinamento ad altre forme di assistenza.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE RIDOTTA

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Ridotta, di cui alla lettera b) dell'art. 2 del Regolamento, prevede il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, prestazioni ambulatoriali, esami di laboratorio e altre indagini diagnostiche effettuate in regime ambulatoriale.

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino alla data del compimento del 60° anno di età e deve essere abbinata all'Assistenza Completa per Ricoveri.

Prestazioni rimborsabili:

- a) Per gli esami di laboratorio e le indagini diagnostiche effettuati in regime di solvenza, si applicano le norme previste dall'Art. 9 del Regolamento. L'importo massimo rimborsabile, per singola richiesta di rimborso di esami di laboratorio, è di € 200.
- b) visite specialistiche: il rimborso delle visite specialistiche è di € 76 o dell'importo sostenuto, se inferiore. Il numero di visite specialistiche fisiatriche, reumatologiche e dermatologiche rimborsabili è fissato a 3 all'anno; il numero totale delle visite specialistiche rimborsabili è fissato a 8 per anno.
- c) altre prestazioni ambulatoriali:
 - Per piccole prestazioni ambulatoriali (piccola chirurgia, medicazioni) il rimborso sarà effettuato sulla base di quanto previsto dal tariffario del Consorzio Mutue o dell'importo sostenuto, se inferiore.
 - Per prestazioni di fisioterapia è previsto un contributo del 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 160 all'anno. In caso di infortunio il massimo è stabilito in € 320.
 - Il rimborso dei tickets pagati al SSR per prestazioni specialistiche ambulatoriali sarà in misura del 70% della cifra pagata. Sono esclusi i rimborsi dei tickets relativi alle cure e prestazioni odontoiatriche e alle vaccinazioni non obbligatorie.
 - Per sedute di agopuntura il rimborso sarà di € 16 per seduta con un massimo di € 160 all'anno.
 - Per le infiltrazioni articolari di farmaci il rimborso sarà di € 80 per seduta con un massimo di € 160,00 all'anno.
 - Per le infiltrazioni non articolari di farmaci il rimborso sarà di € 80 per seduta, con un massimo di € 240 all'anno, comprensivo di materiali, medicinali e apparecchiature.
 - Per tutte le infiltrazioni eco-guidate il rimborso sarà di € 96 per seduta, con un massimo di tre prestazioni all'anno.
 - Per i blocchi antalgici il rimborso sarà di € 72 per seduta, con un massimo di tre sedute all'anno.
 - Per le terapie con onde d'urto il rimborso sarà di € 44 per seduta, con un massimo di cinque.
 - Per le sedute di logopedia il contributo ammonterà al 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 160 all'anno.
 - In caso di esami o visite specialistiche effettuate per lo studio dell'infertilità è previsto un contributo del 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 400 all'anno.
 - In caso di esami o visite specialistiche effettuate per patologie di pertinenza neurologica o psichiatrica come sindrome depressiva, sindrome psicotica, sindrome ansiosa, anoressia o bulimia, epilessia, è previsto un contributo del 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 160, all'anno.

Le sedute di psicoterapia saranno rimborsabili solo se effettuate dal medico specialista in psichiatria.

- E' inoltre previsto un rimborso per prestazioni avvenute prima o dopo un ricovero per intervento chirurgico (60 giorni prima e 90 giorni dopo): per visite specialistiche, relative al ricovero, effettuate in regime di solvenza, € 100 per ogni visita, con un massimo di € 400 all'anno; per fisioterapia e riabilitazione post ricovero per intervento chirurgico: rimborso sino a € 600;
- Per gli esami relativi ad indagini su disturbi alimentari (test sul microbiota intestinale, disbiosi test, celiachia, intolleranze alimentari, etc.) il tetto massimo di spesa rimborsabile annualmente è di € 200.

Sono escluse dal rimborso le spese sostenute per le protesi, i presidi e i dispositivi medici.

Questa tipologia di assistenza prevede il rimborso esclusivamente per patologie acute, non saranno assistiti i Soci affetti da malattie e forme morbose ad andamento cronico. L'entità massima del rimborso annuo per questo tipo di assistenza è fissata in € 1.600.

ASSISTENZA “SENIOR” A – B

L'assistenza Senior, di cui alla lettera a) e b) dell'art. 2 del Regolamento prevede il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ambulatoriali e ricoveri.

L'iscrizione a questa assistenza è consentita fino alla data del compimento del 66° anno di età per l'assistenza Senior 1 e del compimento del 70° anno di età per Senior 2.

Per i Soci è prevista l'iscrizione all' Assistenza Completa per Ricoveri o all'Assistenza Ricoveri per Interventi Chirurgici di particolare Complessità.

Prestazioni rimborsabili:

Gli iscritti hanno diritto ai rimborsi previsti dall' Assistenza Completa per Ricoveri o dall'Assistenza Ricoveri per Interventi Chirurgici di particolare Complessità

- rimborsi in caso di ricovero
- assistenza trapianti
- rimborsi per prestazioni ambulatoriali secondo quanto previsto dall'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa o Ridotta.

I facenti parte del nucleo familiare pagheranno i contributi associativi nella misura loro dovuta secondo l'età al momento dell'iscrizione.

ASSISTENZA INDENNITARIA

L'Assistenza Indennitaria, di cui alla lettera d) dell'art. 2 del Regolamento prevede erogazioni di indennità per ricoveri.

L'iscrizione è consentita fino alla data del compimento del 65° anno di età purché il Socio sia iscritto all'Assistenza Completa per Ricoveri.

L'assistenza per ricoveri con interventi chirurgici e prestazioni di assistenza indennitaria A prevede, in caso di intervento chirurgico, un indennizzo economico secondo il seguente tariffario:

interventi di 1° livello	€	300
interventi di 2° livello	€	800
interventi di 3° livello	€	2.000
interventi di 4° livello	€	3.200
interventi di 5° livello	€	6.400

L'assistenza per ricoveri con interventi chirurgici e prestazioni di assistenza indennitaria B prevede, in caso di intervento chirurgico, un indennizzo economico secondo il seguente tariffario:

interventi di 1° livello	€	500
interventi di 2° livello	€	1.500
interventi di 3° livello	€	3.000
interventi di 4° livello	€	4.500
interventi di 5° livello	€	9.000

L'elenco dettagliato degli interventi chirurgici, e della loro classe di appartenenza è depositato presso la sede del Consorzio Mutue e i Soci possono prenderne visione.

L'assistenza per ricoveri senza interventi chirurgici e prestazioni di assistenza indennitaria C prevede, in caso di ricovero di medicina o di altre specialità non chirurgiche, un indennizzo economico di € 300 al giorno con il massimo di giorni 15.

Gli indennizzi previsti per l'assistenza Indennitaria A B e C spettano nelle misure indicate o, qualora la spesa sostenuta fosse inferiore alle misure indicate, fino al massimo della copertura della spesa sostenuta dal Socio.

ASSISTENZA OSPEDALIERA PER LA CURA DELLA PERSONA

L'Assistenza Ospedaliera di cui alla lettera c) dell'art. 2 del Regolamento consiste nell'assistenza di base temporanea (vigilanza, alimentazione, cure igieniche, etc.) dei Soci ricoverati in ospedale, in casa di cura o cliniche private.

L'iscrizione a questa forma di assistenza per il Socio e i familiari, compresi nel suo stato anagrafico di famiglia, è consentita fino alla data del compimento del 75° anno di età. Gli importi dei contributi associativi saranno suddivisi in scaglioni secondo le seguenti fasce d'età verificate al momento dell'iscrizione:

- fascia 1, da 0 a 69 anni
- fascia 2, da 70 a 75 anni

Qualsiasi variazione dello stato di famiglia dovrà essere comunicata al Consorzio Mutue entro il 30° giorno dal suo verificarsi.

Ogni nucleo familiare ha diritto ad essere assistito fino ad un massimo annuo di 240 ore, diurne e notturne, in modo continuato o alternato, e a 12 ore diurne di assistenza domiciliare conseguenti ad un ricovero.

Il Socio, qualora non possa utilizzare le ore di assistenza ospedaliera, in loro vece può richiedere l'assistenza domiciliare in misura di 1 ora di questa assistenza a fronte di 5 ore di assistenza ospedaliera per un massimo di 48 ore diurne. Le richieste dovranno essere preventivamente autorizzate dalla Direzione del Consorzio Mutue.

L'assistenza diurna è erogata in turni minimi di 2 ore. L'assistenza notturna è erogata in turni minimi di 9 ore consecutive.

L'assistenza viene erogata, di norma, in forma diretta da enti, organismi, associazioni o cooperative a ciò abilitati e con i quali il Consorzio Mutue ha stipulato appositi accordi. È fatto obbligo ai Soci di avvalersi dei servizi convenzionati dal Consorzio Mutue per poter fruire di tali prestazioni.

Qualora, per ragioni indipendenti dalla volontà del Consorzio Mutue, non fosse possibile l'erogazione dell'assistenza in forma diretta, il Consorzio Mutue provvederà ad assistere i Soci in forma indiretta rimborsando loro, su presentazione di regolare documentazione quietanzata, un importo fino ad un massimo di € 10 all'ora, sempre che i Soci siano stati effettivamente assistiti da terzi e non da familiari.

L'assistenza viene erogata soltanto se autorizzata dal personale sanitario responsabile del reparto ove è ricoverato il Socio da assistere. Tale autorizzazione (o permesso) deve essere in possesso, per conto dei familiari interessati, del personale che dovrà provvedere ad assistere il malato.

Per ottenere l'assistenza, il Socio o i suoi familiari devono farne richiesta (anche telefonicamente) all'ente erogatore del servizio. L'assistenza al degente comprenderà tutte le prestazioni che non rientrino, per legge, nel contratto di lavoro o regolamenti interni, nelle competenze proprie del personale sanitario dell'istituto di cura.

Il Consorzio Mutue non si fa carico di eventuali disservizi derivanti da fattori estranei alla sua attività.

Sono escluse dall'assistenza le conseguenze di calamità naturali e quelle derivanti da epidemie, uso di alcolici, stupefacenti ed allucinogeni. L'assistenza, a favore di ammalati cronici, viene erogata, su domanda degli interessati, di volta in volta a giudizio del Consorzio Mutue. Il Consorzio Mutue, nel caso di comprovata irregolarità, potrà sospendere, anche

immediatamente, ogni assistenza senza che ciò costituisca preclusione all'eventuale adozione di altre diverse decisioni.

ASSISTENZA OSPEDALIERA E DOMICILIARE INFERMIERISTICA E PER LA CURA DELLA PERSONA

L'assistenza ospedaliera e domiciliare infermieristica e per la cura della persona di cui alla lettera c) dell'art. 2 del Regolamento consiste nella assistenza temporanea (vigilanza, alimentazione, cure igieniche, etc) in ospedale di 240 ore di assistenza per nucleo familiare.

Il Socio può inoltre giovare dell'assistenza domiciliare per 90 ore diurne e notturne e di 25 prestazioni infermieristiche (per nucleo familiare) se colpito temporaneamente (intendendosi per temporaneo l'evento morboso non di carattere cronico) da malattia o da infortunio come da certificazione rilasciata dal medico curante.

Il Socio, qualora non possa utilizzare le ore di assistenza ospedaliera, in loro vece può richiedere l'assistenza domiciliare in misura di 1 ora di questa assistenza a fronte di 5 ore di assistenza ospedaliera per un massimo di 48 ore diurne. Le richieste dovranno essere preventivamente autorizzate dalla Direzione del Consorzio Mutue.

L'assistenza domiciliare comprende:

- prestazioni infermieristiche; oltre alle prestazioni infermieristiche potrà eventualmente essere consegnato, al personale inviato a domicilio, il materiale necessario per esami di laboratorio da recapitare al gabinetto di analisi prescelto;
- cura personale, come igiene personale del malato, acquisto di medicinali (per questi ultimi solo se prescritti dal medico curante), custodia temporanea (per un breve periodo) della persona anziana non autosufficiente lasciata sola.

L'assistenza domiciliare non può essere concessa quando il Socio o il familiare è domiciliato presso qualsiasi istituto di cura, di riposo o simili.

I malati cronici sono assistibili per un massimo di 20 ore e di 10 prestazioni infermieristiche all'anno dall'insorgere della malattia.

Ogni prestazione deve essere richiesta all'ente erogatore del servizio.

L'assistenza domiciliare è effettuata in forma diretta con Enti convenzionati ed in forma indiretta su presentazione di regolare documentazione quietanzata per un importo massimo di € 10 all'ora sempre che il Socio sia stato effettivamente assistito da terzi e non da familiari.

ASSISTENZE AGGIUNTIVE SPECIFICHE

Assistenza Odontoiatrica

Questa tipologia di assistenza prevede esclusivamente rimborsi per prestazioni ortodontiche per ragazzi e ragazze di età non superiore ai 16 anni o prestazioni implantologiche.

Ha diritto al contributo il Socio iscritto da almeno 36 mesi all'Assistenza Completa per Ricoveri, abbinata all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa, o alle Assistenze Senior B1 e B2.

Ai Soci iscritti all'Assistenza Senior A1 e A2 il contributo sarà erogato nella misura del 50%.

Prestazioni e rimborsi:

- Terapie ortodontiche: ha diritto il Socio di età non superiore ai 16 anni.

Il contributo elargito potrà essere erogato fino ad un massimo di € 1.500 per ciclo completo di terapia ortodontica per anomalie di 3^a classe (malocclusione dentale con prognatismo o morso inverso).

Il contributo per ciclo completo di terapia ortodontica per anomalie di 2^a classe (retrognatismo o affollamento dentale) è fissato ad un massimo di € 1.000.

- Terapie odontoiatriche di implantologia e protesi: è previsto un rimborso sino a € 10.000 per protesi con impianto endosseo, per tutta la vita associativa. Il contributo per ogni singolo impianto non potrà superare € 500 ed € 100 per ogni elemento. Quando non sia possibile applicare la protesi fissa con impianto endosseo, il rimborso previsto sarà di € 100 per elemento, con un massimo di € 2.000 per tutta la vita associativa.

Ai fini del rimborso è richiesta una dettagliata documentazione medica e la fattura comprovante la spesa sostenuta.

Lo stanziamento massimo globale per questo tipo di assistenza è deliberato annualmente dal Consiglio di Amministrazione e, in caso di richieste eccedenti tale importo, è erogabile a ripartizione a fine anno.

Assistenza Per Perdita dell'Autosufficienza

Questo tipo di assistenza riguarda i Soci che hanno avuto la perdita irreversibile di almeno 4 delle 6 funzioni di attività della vita quotidiana (ADL) che includono: lavarsi/igiene personale, vestirsi, mangiare, gestire la continenza, mobilità (come alzarsi dal letto e camminare) e l'uso del WC.

Ha diritto al rimborso il Socio iscritto da almeno 36 mesi all'Assistenza Completa per Ricoveri, abbinata all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa o alle Assistenze Senior B1 e B2. Il contributo viene erogato in caso di perdita irreversibile dell'autosufficienza.

Lo stato patologico deve perdurare per almeno 6 mesi dalla data di presentazione della richiesta di contributo.

L'importo rimborsabile è di € 5.000 per tutta la vita associativa.

Lo stanziamento massimo globale è stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione, erogabile a ripartizione a fine anno in caso di richieste eccedenti tale importo.

Per ottenere il contributo, il Socio dovrà allegare alla domanda di contributo un certificato medico e la copia del verbale della Commissione Medica geriatrica che attesti l'origine accidentale o patologica dell'affezione che ha causato la perdita di autosufficienza.

La richiesta può essere verificata da un medico di fiducia del Consorzio Mutue.

Assistenza ai Genitori

L'Indennità giornaliera per i genitori è erogabile ai Soci iscritti all' Assistenza Completa per Ricoveri, abbinata all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa.

Ha diritto ad un contributo di € 50 al giorno, per un massimo di 20 giorni all'anno, il genitore (anche affidatario) di bambini di età inferiore a 12 anni, che si trovi in una o più di queste condizioni:

- inabilità ad assolvere la minima attività quotidiana per accudire i figli a causa di infortunio o in caso di ricovero con una degenza di almeno 24 ore;
- assistenza ad un figlio ricoverato.

Per ottenere le prestazioni è necessario presentare un certificato medico con diagnosi e prognosi.

Contributo per Iscrizione Neonati

I neonati iscritti entro 2 mesi dalla nascita all' Assistenza Completa per Ricoveri e all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa, hanno diritto ad un contributo di € 300 per tutta la vita associativa.

Contributo per Trasporto In Ambulanza

Ne hanno diritto i Soci iscritti all' Assistenza Completa per Ricoveri, abbinata all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa o all' Assistenza Senior B1 e B2.

Il contributo è di un importo massimo di € 100 per ogni trasporto e per complessivi 4 trasporti all'anno.

Premio Fedeltà

Hanno diritto al bonus fedeltà i Soci iscritti al Consorzio Mutue dalla nascita e con un'anzianità di iscrizione continuativa di almeno 30 anni.

Sono esclusi i Soci iscritti alla sola Assistenza Ospedaliera e Domiciliare e alla sola Indennità giornaliera di ricovero.

Il contributo è di € 300 per tutta la vita associativa.

ASSISTENZA “PACCHETTO RISPARMIO”

L'iscrizione è consentita non oltre il compimento del 60° anno di età. È prevista l'iscrizione di tutto il nucleo familiare (conviventi compresi).

In caso di ricovero con intervento chirurgico in regime di solvenza in casa di cura o cliniche private, il rimborso sarà elargito come segue:

- per le spese di degenza, sala operatoria, esami, farmaci, emoderivati, etc, verrà riconosciuto un rimborso del 50% delle spese sostenute documentate;
- per le spese relative all' equipe medica, il rimborso verrà riconosciuto secondo il tariffario FASI.

Il rimborso riconoscerà dal minimo del 50% al massimo del 70% della spesa sostenuta riconosciuta come rimborsabile, con il limite di € 25.000 per anno.

In caso di ricovero senza intervento chirurgico in regime di solvenza in casa di cura o cliniche private, il rimborso sarà elargito come segue:

- per la retta di degenza, € 100 al giorno con il max di € 1.500;
- per le spese di esami, farmaci, emoderivati, etc, verrà riconosciuto un rimborso del 50% delle spese sostenute documentate; per l'assistenza medica, € 50 al giorno con il massimo di € 750;
- per i consulti € 100 (massimo 3 consulti).

Il rimborso riconoscerà dal minimo del 50% al massimo del 70% della spesa sostenuta riconosciuta come rimborsabile, con il limite di € 25.000 per anno.

In caso di ricovero in strutture pubbliche o convenzionate con il SSR, in regime di assistenza gratuita, verranno riconosciuti € 40 di diaria giornaliera.

I ricoveri sono rimborsabili per 90 giorni all'anno con il massimo di 30 giorni continuativi per ogni ricovero. Il massimo di 30 giorni è applicato in tutte le fattispecie di ricoveri anche se gli stessi sono avvenuti in strutture sanitarie diverse. Non sono considerati continuativi se l'intervallo tra un ricovero e l'altro è di almeno 10 giorni.

Il Socio affetto da forme morbose ad andamento cronico non è assistibile.

Per gli esami di laboratorio e indagini diagnostiche ambulatoriali, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, il rimborso avverrà esclusivamente in forma indiretta e sarà erogato in misura del 50% delle somme previste dal tariffario del Consorzio Mutue o dell'importo sostenuto se inferiore. L'importo massimo per ogni prestazione è di € 200 per singola richiesta di rimborso.

Il rimborso delle visite specialistiche sarà elargito nella misura prevista di € 65. Le visite specialistiche fisiatriche, reumatologiche, dermatologiche e dietologiche saranno rimborsabili per un numero massimo di 3 visite all'anno. Il numero totale delle visite specialistiche rimborsabili è fissato a 8 per anno.

Il rimborso dei Ticket sarà elargito nella misura del 70% dei tickets pagati al SSR per prestazioni specialistiche ambulatoriali. Sono esclusi i rimborsi dei tickets relativi alle seguenti prestazioni: cure e prestazioni odontoiatriche, prestazioni di psicoterapia individuale e/o di gruppo, vaccini.

In caso di alcune tipologie di malattie neurologiche o psichiatriche, quali la sindrome depressiva, le sindromi psicotiche, l'anoressia/bulimia, la sindrome ansiosa e le forme epilettiche, verrà elargito un contributo del 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 150 annuo.

Le sedute di psicoterapia saranno rimborsabili solo se effettuate dal medico specialista in psichiatria.

Sono comunque escluse tutte le protesi, i presidi e i dispositivi medici. Non saranno assistiti i Soci affetti da malattie e forme morbose ad andamento cronico.

Gli importi rimborsabili sono limitati nella misura complessiva di € 1.500 pro-capite all'anno.

ASSISTENZA “PACCHETTO MINIMO”

L'iscrizione è consentita fino al compimento del 45° anno di età. È prevista l'iscrizione di tutto il nucleo familiare (conviventi compresi).

In caso di ricovero con intervento chirurgico, in regime di solvenza, in casa di cura o cliniche private, il rimborso sarà elargito come segue:

- per le spese di degenza, sala operatoria, esami, farmaci, emoderivati, etc, verrà riconosciuto un rimborso del 50% delle spese sostenute documentate;
- per le spese relative all'equipe medica, il rimborso verrà riconosciuto secondo il tariffario FASI.

Il rimborso riconoscerà dal minimo del 40% al massimo del 60% della spesa sostenuta riconosciuta come rimborsabile, con il limite di € 15.000 per anno.

In caso di ricovero senza intervento chirurgico, in regime di solvenza in casa di cura o cliniche private, il rimborso, per ogni ricovero, sarà elargito come segue:

- per la retta di degenza, € 100 al giorno con il max di € 1.000;
- per le spese di esami, farmaci, emoderivati, etc, verrà riconosciuto un rimborso del 50% delle spese sostenute documentate
- per l'assistenza medica, € 50 al giorno con il massimo di giorni 10;
- per i consulti, € 100 (massimo 3 consulti)

Il rimborso riconoscerà dal minimo del 40% al massimo del 60% della spesa sostenuta riconosciuta come rimborsabile, con il limite di € 15.000 per anno.

In caso di ricovero in strutture pubbliche o convenzionate con il SSR, in regime di assistenza gratuita, verranno riconosciuti € 30 di diaria giornaliera. Sono esclusi i ricoveri per sola assistenza come specificato nella parte generale del Regolamento.

Tutti i ricoveri sono rimborsabili per 60 giorni all'anno con un massimo di 20 giorni continuativi per ogni ricovero. Il massimo di 20 giorni è applicato a tutte le fattispecie anche se gli stessi sono avvenuti in strutture sanitarie diverse. I periodi di ricovero non sono considerati continuativi se l'intervallo tra un ricovero e l'altro è di almeno 10 giorni.

Il Socio affetto da forme morbose ad andamento cronico non è assistibile.

Per gli esami di laboratorio e indagini diagnostiche ambulatoriali, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, il rimborso avverrà esclusivamente in forma indiretta e sarà erogato in misura del 50% delle somme previste dal tariffario del Consorzio Mutue o dell'importo sostenuto se inferiore. L'importo massimo per ogni prestazione è di € 200 per singola richiesta di rimborso.

Il rimborso delle visite specialistiche effettuate privatamente sarà nella misura di € 65 per ogni visita o pari all'importo sostenuto, se inferiore. Il numero di visite specialistiche fisiatriche, reumatologiche, dermatologiche e dietologiche rimborsabili è fissato a 3 per anno; il numero totale delle visite specialistiche rimborsabili è fissato a 6 per anno.

Il Rimborso dei Ticket sarà elargito nella misura del 50% dei tickets pagati al SSR per prestazioni specialistiche ambulatoriali. Sono esclusi i rimborsi dei tickets relativi alle seguenti prestazioni: cure e prestazioni odontoiatriche, prestazioni di psicoterapia individuale e/o di gruppo, vaccini.

In caso di alcune tipologie di malattie neurologiche o psichiatriche, quali la sindrome depressiva, le sindromi psicotiche, l'anoressia/bulimia, la sindrome ansiosa e le forme

epilettiche, verrà elargito un contributo del 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 150 annuo. Le sedute di psicoterapia saranno rimborsabili solo se effettuate dal medico specialista in psichiatria.

Sono comunque escluse tutte le protesi, i presidi e i dispositivi medici.

Non saranno assistiti i Soci affetti da malattie e forme morbose ad andamento cronico.

Gli importi rimborsabili sono limitati nella misura complessiva di € 1.000 pro-capite all'anno.