



Cassa Mutua Trentina

CASSA MUTUA DELLE CASSE RURALI TARENTINE

ELENCO PRESTAZIONI IN VIGORE DAL 1° GENNAIO 2025

NOVITA' 2025

Nel corso dell'anno l'elenco prestazioni sarà integrato da nuovi servizi:

- videoconsulto medico o psicologico (max 3 volte l'anno) – **a partire da febbraio 2025**
- tutoring assistenziale – **a partire da febbraio 2025**
- accesso al Network nazionale di Cooperazione Salute in ambito sanitario e odontoiatrico per fruire di tariffari agevolati – **a partire da febbraio 2025**
- servizio informativo di videoassistenza per approfondire tematiche puntualmente definite nell'elenco prestazioni – **a partire da marzo 2025**
- attivazione dell'assistenza in forma diretta – **a partire dall'estate 2025**

Seguiranno apposite comunicazioni che faranno parte integrante del presente Elenco Prestazioni, consultabili e scaricabili dalla sezione "Documenti" in Area Riservata.

Gestione rimborsi

Le richieste di rimborso vanno presentate tramite AREA RISERVATA al seguente link:

<https://areariservata.cassamutuatrentina.it>

Informazioni e assistenza sulle prestazioni e sui rimborsi

Per ricevere informazioni e assistenza sulle prestazioni e sui rimborsi contattare il **SERVIZIO INFO**:

- Telefono **0461.1754100**
- e-mail cassamutua.info@cooperazionesalute.it
- tramite form presente nell'Area Riservata.

Entro il giorno lavorativo successivo riceverai risposta o sarai richiamato, in orario d'ufficio, al numero di telefono da cui hai chiamato (evitare pertanto numeri di centralino).

Cassa Mutua Trentina: riferimenti e contatti

PAGINA WEB: <https://www.cassamutuatrentina.it/>

Questi i **CONTATTI DEDICATI** per comunicare con l'ufficio di Presidenza o la Segreteria Amministrativa:

- segreteria@cassamutuatrentina.it e tel. **0461.1788992** per richieste riferite alla propria iscrizione o copertura LTC (**NON per informazioni su prestazioni e rimborsi**: per questi aspetti contattare il SERVIZIO INFO, vedi sopra).
- presidenza@cassamutuatrentina.it per richieste di tipo istituzionale o particolari, al presidente o al Comitato di Gestione.
- info@cassamutuatrentina.it direttamente dal FORM presente nella pagina WEB

INDICE

DEFINIZIONI	pag. 2
ASSISTITI	pag. 3
FAMILIARI A CARICO - DOCUMENTAZIONE	pag. 3
ESCLUSIONI	pag. 3
DOCUMENTAZIONE	pag. 4
PRESTAZIONI ATTRIBUIBILI A TERZI: ADEMPIMENTI DEL SOCIO	pag. 5
GARANZIE	
1. Prestazioni per ricovero con intervento chirurgico	pag. 6
2. Prestazioni per ricovero senza intervento chirurgico	pag. 9
3. Prestazioni post trapianto	pag. 11
4. Correzione visus	pag. 13
5. Recupero da tossicodipendenze, etilismo e disturbi alimentari	pag. 14
6. Prestazioni diagnostiche	pag. 15
7. Prestazioni specialistiche	pag. 15
8. Malattia di carattere oncologico e invalidità permanente certificata	pag. 17
9. Apparecchi acustici ortopedici, arti artificiali, ausili	pag. 19
10. Trasporto	pag. 20
11. Gravidanza	pag. 21
12. PMA - Procreazione Medicalmente Assistita (Fondo Sperimentale)	pag. 23
13. Denti e Lenti - Socio	pag. 25
14. Apparecchio ortodontico - Socio	pag. 27
15. Prestazioni riservate ai figli fiscalmente a carico: apparecchi, occhiali/lenti, disturbi DSA/DNSA o di tipo psicologico, malattia oncologica e invalidità certificata	pag. 28
16. Cure termali	pag. 31
17. Apparecchi e ausili per persone affette da diabete	pag. 31
18. Covid19 - Tampone molecolare o test antigenico	pag. 31
19. Spese odontoiatriche e ortodontiche di natura "non ordinaria" (Fdo Sperimentale)	pag. 32
20. Copertura in caso di morte per malattia (Fondo Sperimentale)	pag. 32
LIMITE DELLE PRESTAZIONI	pag. 33
ALTRI INTERVENTI/COPERTURE PER I SOCI E FAMILIARI	pag. 34
RIFERIMENTI E CONTATTI DI CASSA MUTUA	pag. 35
ORGANI DI CASSA MUTUA	pag. 36
PRIVACY	pag. 36
NOTE ESPLICATIVE - PRESENTAZIONE RICHIESTE	pag. 37
ALLEGATI	pag. 39

DEFINIZIONI

Nel presente documento sono da intendere:

cambio visus	peggioramento (o miglioramento) della vista rispetto ad una precedente misurazione
day hospital	modalità specifica di ricovero senza pernottamento per effettuare prestazioni specialistiche per la durata di una giornata (certificata)
day surgery	modalità specifica di ricovero senza pernottamento per un'operazione chirurgica (certificata)
difetto visus	deficit visivo rilevabile dalla documentazione
esclusioni	prestazioni per le quali non viene riconosciuto alcun rimborso
medicinale/farmaco	ogni sostanza o associazione di sostanze presentata come avente proprietà curative o profilattiche che possa essere utilizzata sull'uomo o somministrata allo scopo di ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica. Sono esclusi da questa casistica i dispositivi medici.
franchigia	quota fissa delle spese sostenute che rimane a carico del Socio
infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili
malattia	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
massimale	importo massimo rimborsabile
MMG: medico di medicina generale / pediatra	il medico di medicina generale, chiamato anche medico di base, è il primo riferimento per la salute del cittadino. Esercita la funzione di tutela della salute del proprio assistito attraverso le attività di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi e cura; attiva ed orienta inoltre gli eventuali approfondimenti specialistici ritenuti necessari. Per i minori: l'iscrizione al pediatra è obbligatoria per tutti i bambini della fascia di età da 0 a 6 anni. Al momento del compimento dei 6 anni, è possibile lasciare il pediatra e passare al medico di medicina generale
medico curante	medico di medicina generale/pediatra o medico specialista
PMA	Procreazione Medicalmente Assistita: metodiche per il trattamento dell'infertilità
prestazioni	le spese sanitarie sostenute nell'anno rese da soggetti esercenti le professioni sanitarie e le arti ausiliarie riconosciute dal Ministero della Salute o iscritte ad apposito Albo professionale o eseguite in centri sanitari specializzati e/o convenzionati con il SSN. NB: in attesa dell'istituzione degli albi professionali degli osteopati , si accettano esclusivamente le prestazioni effettuate da iscritti al ROI (Registro Osteopati Italiani) oppure da professionisti in possesso del diploma D.O. (non sono riconosciuti diplomi conseguiti all'estero senza iscrizione al ROI).
ricovero	degenza in istituto di cura sia pubblico che privato, comportante il ricovero anche in day surgery o day hospital
scoperto	percentuale delle spese sostenute che rimane a carico del Socio
spese viaggio	viene rimborsato un unico viaggio andata/ritorno in occasione dell'evento sanitario (es. ricovero con intervento: viene rimborsato solo il viaggio a/r per l'intervento; sono esclusi i viaggi per i successivi controlli post ricovero)
SSN	Servizio Sanitario Nazionale. Identifica il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali che svolgono i servizi sanitari regionali, lo Stato, gli Enti e le istituzioni di livello nazionale per garantire la tutela della salute.

ASSISTITI

Le prestazioni di Cassa Mutua Trentina (di seguito denominata “Cassa Mutua”) sono previste a favore:

- dei Soci della Cassa Mutua, così come definiti nell’art. 4 dello Statuto di Cassa Mutua;
- dei figli fiscalmente a carico del Socio, ove espressamente previsto e in presenza della documentazione richiesta da Cassa Mutua;
- del coniuge fiscalmente a carico o del convivente “more uxorio”, risultante dallo stato di famiglia e fiscalmente a carico, ove espressamente previsto e in presenza della documentazione richiesta da Cassa Mutua.

Per dimostrare la condizione di familiare “a carico”, il Socio deve produrre copia di idoneo documento fiscale (frontespizio mod. 730 o mod. Unico) e quant’altro gli venisse richiesto da Cassa Mutua.

Per convivente “more uxorio” si intende il soggetto che dimora abitualmente con il Socio e che ha, con lo stesso, un impegno a mantenere una comunanza di vita e di interessi.

FAMILIARI A CARICO – DOCUMENTAZIONE

Lo status a carico risulta pertanto certificato da frontespizio della dichiarazione fiscale (mod. 730 o mod. Unico) e, per i familiari maggiorenni, anche dall’autocertificazione compilata e controfirmata dal Socio e dal familiare (rif. **Allegato B**), con la quale egli autorizza il trattamento dei dati sensibili e dichiara di non aver superato nell’anno di riferimento il limite di reddito previsto per essere considerato fiscalmente a carico.

Tale autocertificazione ha valore anche per il convivente more uxorio, in particolare anche del Socio “Esodato”. In ogni caso, Cassa Mutua si riserva di fare anche delle verifiche a campione su quanto dichiarato.

Tali documenti, riferiti ai redditi percepiti nell’anno fiscale precedente, dovranno essere aggiornati a decorrere dal 1° agosto di ogni anno e saranno validi fino al 31 luglio successivo.

Al fine di acquisire una sola volta all’anno la documentazione utile per il riconoscimento della copertura sanitaria prevista per i familiari a carico (figli, coniuge o convivente more uxorio), SOLO IN AREA RISERVATA è possibile aggiornare il proprio profilo inserendo i dati anagrafici dei familiari aventi diritto e caricando i documenti che ne certifichino lo status “a carico”. Se in Area Riservata non è stata correttamente completata la registrazione dei familiari a carico, non si aggiorna la documentazione fiscale o non si seleziona correttamente il familiare, Cassa Mutua non potrà acquisire in automatico i documenti ed il Socio dovrà pertanto integrare la documentazione mancante.

In caso di richiesta presentata tramite e-mail è necessario allegare sempre la documentazione.

ESCLUSIONI

1. le prestazioni o la chirurgia plastica e stomatologica di carattere estetico, ad eccezione di quelle effettuate sui figli di età inferiore ai 12 anni e 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 prestazioni che non siano rese da medici chirurghi o dai professionisti sanitari esplicitamente previsti nel presente Regolamento;
4. i ricoveri e le prestazioni avvenuti in beauty farm, alberghi, centri estetici;
5. le prestazioni effettuate presso centri sportivi, piscine, palestre e simili non riconosciuti/convenzionati con il SSN;
6. le spese riguardanti il comfort (supplementi telefono, televisore, frigobar e quant’altro), i costi amministrativi e di segreteria e le spese non sanitarie;
7. le spese riguardanti i dispositivi medici;
8. le prestazioni riferite alle seguenti visite: medico/legali (per rinnovo patente, per polizza vita, ecc.); per il rilascio di certificazioni stato di buona salute o attestazioni di idoneità sportiva (compresi esami collegati ad attività sportiva agonistica);
9. i costi di tipo amministrativo riferiti alla gestione della prestazione, al rilascio di documentazione (es. cd, cartelle cliniche, certificazioni, ecc) o costi di spedizione;
10. quanto previsto al capitolo “LIMITE DELLE PRESTAZIONI”.

DOCUMENTAZIONE

Il Regolamento della Cassa Mutua prevede 60 giorni di tempo dall'evento sanitario (fa fede la data della fattura¹ o notula, o la data del ricovero e delle dimissioni ospedaliere a seconda del tipo di rimborso richiesto) per far pervenire a Cassa Mutua la documentazione² relativa alle spese sostenute. Per "data evento" si intende la data del documento di spesa di cui si chiede il rimborso. *Per le spese sostenute a dicembre il termine di presentazione è il 31 gennaio successivo. **Esclusivamente per la garanzia 19, per le fatture datate novembre e dicembre il termine massimo di presentazione dei documenti è il 15 gennaio dell'anno successivo.*** Fermo restando l'obbligo da parte del Socio di presentare la documentazione prevista a completamento della sua richiesta di rimborso, così come elencata per ciascuna garanzia, nel caso in cui sia chiesta un'integrazione, il Socio dispone di **ulteriori 30 giorni** per far pervenire quanto richiesto. I limiti di tempo sopra descritti decorrono dal giorno di invio della richiesta d'integrazione, sono perentori e vanno rispettati, pena la decadenza dal diritto al rimborso. *Per tutte le prestazioni dell'anno precedente presentate nel mese di gennaio il termine per produrre le integrazioni richieste è di **10 giorni rispetto alla data di richiesta.*** Per l'invio della documentazione resta fermo il principio di responsabilità in capo al Socio e, in particolare per le richieste inviate tramite Area Riservata, egli è tenuto a verificare che la richiesta sia stata correttamente acquisita dal sistema alla voce "le mie richieste di rimborso".

Modalità di presentazione delle richieste (vedi capitolo "NOTE ESPLICATIVE"):

- da AREA RISERVATA: <https://areariservata.cassamutuatrentina.it> (modalità più agevole e consigliata). In ciascuna garanzia (a dx) è riportata la tipologia di prestazione da selezionare fra quelle elencate in fase di presentazione della richiesta: **[Altre Prestazioni]-[Denti Lenti Socio]-[PMA-Fdo Sperimentale]- [Integrative]**
- tramite E-MAIL da inviare a: cassamutua.tn@cooperazionealute.it (allegare anche il modulo di richiesta rimborso in "corso" - rif. **Allegato A** - debitamente compilato e controfirmato, ed ogni altra certificazione prevista).

La documentazione necessaria per la richiesta di rimborso è stata specificata all'interno di ogni singola garanzia e si invita quindi il Socio a prenderne visione prima di inoltrare la propria richiesta.

Si ricorda inoltre che, ove previsto, la richiesta di rimborso deve essere accompagnata da prescrizione del MMG o di uno specialista (non di chi svolge la prestazione) e che, sia l'impegnativa del MMG che la certificazione dello specialista, dovranno essere di data antecedente (ma non superiore a 365 giorni) o uguale a quella del documento relativo alla spesa sostenuta.

I documenti di spesa, ricevute, parcelle, fatture e simili, per essere rimborsabili devono essere conformi alla normativa fiscale tempo per tempo vigente. Non hanno pertanto validità le ricevute PagoPA, ma la fattura resa disponibile dopo il pagamento che, come tutte quelle emesse elettronicamente, è acquisibile nel proprio profilo del sito dell'Agenzia delle Entrate.

Certificazioni per esclusione franchigie o «agevolazioni» - registrazione in Area Riservata

Per il Socio e i familiari a carico, al fine di acquisire una sola volta all'anno eventuali certificazioni per l'esonero all'applicazione di scoperti o franchigie (per invalidità pari o superiore al 74% o malattia oncologica)³ o per beneficiare dell'agevolazione per le prestazioni per lo stato di gravidanza è possibile, SOLO IN AREA RISERVATA, aggiornare il proprio profilo "caricando" la certificazione richiesta. Se non è stata correttamente completata la registrazione o in presenza di certificazioni scadute o mancanti, non saranno riconosciute tali «agevolazioni».

A chiarimento fanno fede le indicazioni previste negli appositi punti 8. e 15d. del presente Regolamento.

¹ Il termine di 60 giorni vale anche in caso di fattura di acconto, non solo quella a saldo.

² In caso di documentazione estera, allegare traduzione certificata

³ Se la certificazione riporta un'indicazione temporale, verificare che sia in corso di validità

DA TENERE IN EVIDENZA QUANDO LE SPESE SANITARIE:

- siano riconducibili ad **EVENTI TRAUMATICI CAUSATI DA TERZI E COPERTI DA ASSICURAZIONE**
- siano riconducibili ad **EVENTI TRAUMATICI COPERTI DA PROPRIA ASSICURAZIONE**
- siano riconducibili ad **EVENTI TRAUMATICI COPERTI DA POLIZZA INFORTUNI AZIENDALE O ALTRA COPERTURA SANITARIA (anche per infortuni in ambito sportivo)**
- o per le quali È **PREVISTA COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA DA PARTE DELL'AZIENDA SANITARIA COMPETENTE**

Nel caso in cui le normative vigenti in materia prevedano la partecipazione, **anche solo parziale**, alle spese sanitarie da parte di enti pubblici ovvero nel caso in cui la responsabilità dell'evento sanitario possa essere attribuita a terzi, con conseguente obbligo di questi ultimi di risarcimento delle spese relative, il Socio è tenuto ad attivare tale copertura e, contestualmente, inviare a Cassa Mutua la documentazione relativa alle spese sostenute entro i termini previsti da regolamento, segnalando allo stesso tempo la possibilità di partecipazione anche solo parziale da parte di enti pubblici ovvero la possibilità di risarcimento anche solo parziale da parte di terzi.

In tali casi sarà sospeso il procedimento di gestione/liquidazione in attesa che il Socio comunichi l'esito della richiesta di partecipazione da parte di enti pubblici e/o del risarcimento da parte di terzi. Tale informazione dovrà avvenire entro il termine di 60 giorni dalla data in cui il Socio ne abbia conoscenza, oppure dalla data dell'esito della richiesta di partecipazione e/o della domanda di risarcimento. Fino alla definizione, la gestione/liquidazione è sospesa e sarà quindi possibile che venga meno il termine previsto di 60 giorni.

In questo caso, Cassa Mutua provvederà a gestire e rimborsare il valore di spesa rimasto a carico del Socio.

Nel caso in cui siano rilevate delle spese sanitarie già precedentemente rimborsate da Cassa Mutua, per le quali il Socio non abbia segnalato la possibilità di risarcimento da parte di ente terzo, Il Comitato di Gestione valuterà il caso e deciderà come procedere per la definizione degli importi non dovuti.

Il Comitato di Gestione, in caso di spese sanitarie di importo consistente, valutata la singola fattispecie, la completezza della documentazione, la rimborsabilità delle spese in base alle garanzie previste e le esigenze comunicate dal Socio, potrà anche decidere di procedere all'anticipo totale o parziale delle prestazioni, con contestuale obbligo del Socio e/o degli aventi diritto di sottoscrizione di impegno a restituire a Cassa Mutua, entro 60 giorni dal ricevimento, ogni somma percepita da enti pubblici e/o da terzi.

A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si possono ricondurre a queste casistiche le prestazioni legate a traumi causati da terze persone e per le quali è garantita una copertura assicurativa per responsabilità civile; oppure spese sanitarie per "infortuni" per i quali il Socio è tenuto ad attivare la copertura assicurativa aziendale (in via generale in gestione presso Assicura) per lui sottoscritta dal proprio datore di lavoro. A tal proposito è consigliabile confrontarsi sempre con l'ufficio personale della propria azienda.

Esempio: un Socio nel suo tempo libero cade in bicicletta e subisce un trauma con conseguente frattura ad un braccio. Le spese sostenute per le prestazioni legate a questo evento potrebbero essere rimborsate dalla polizza aziendale (verificare con la propria azienda se è previsto anche il rimborso delle spese sanitarie). In ogni caso, definito il sinistro assicurativo, Cassa Mutua interverrà per la parte di spesa non risarcita, sempre che la documentazione sia stata presentata nei termini e modi sopra descritti.

GARANZIE

1. PRESTAZIONI PER RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

[Altre Prestazioni]

Nota Bene! È necessario presentare sempre i documenti entro il termine di 60 giorni (escluso dicembre che ne prevede 30) dalla data fattura. I 120 giorni successivi all'intervento fanno riferimento esclusivamente alle eventuali prestazioni prescritte in fase di dimissioni da integrare alla pratica.

Al Socio e familiari a carico, sono rimborsate le spese per:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i costi per i diritti di sala operatoria ed il materiale d'intervento (comprese eventuali protesi interne);
- l'assistenza medica e infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami post-intervento riguardanti il periodo del ricovero;
- le rette di degenza per ricovero in strutture in regime privato;
- gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero e strettamente legati alla diagnosi di ricovero;
- gli esami, i medicinali prescritti dal medico ospedaliero, le prestazioni mediche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, l'agopuntura effettuata da medico specialista, le cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 120 giorni successivi al termine del ricovero, rese necessarie dall'intervento chirurgico e prescritti in fase di dimissioni;
- sono compresi gli interventi chirurgici a scopo ricostruttivo o estetico derivanti da infortunio o da precedente intervento chirurgico da patologia.

Nei casi di ricovero per i quali l'Istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, su richiesta del Socio, previa presentazione del preventivo, la prescrizione del medico di famiglia, copia del bonifico ed ulteriore documentazione che chiarisca il tipo di intervento, verrà corrisposto l'importo versato a tale titolo, entro il 50% del massimale garantito; con la definizione della pratica il Socio è tenuto a restituire eventuali importi corrisposti dalla Cassa Mutua e non rimborsabili.

Le spese ricondotte all'intervento dovranno essere segnalate dal Socio come tali; questo permetterà di raggrupparle in un'unica pratica, della quale sarà sospeso il procedimento di gestione/liquidazione, in attesa che sia completato l'iter post operatorio riferito alle prestazioni prescritte in fase di dimissione, entro i 120 giorni successivi all'intervento. Concluse le stesse, il Socio è tenuto ad informare Cassa Mutua, che potrà così procedere con la gestione ed il rimborso.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 200.000 per nucleo familiare e per anno solare

MASSIMALE DI RIMBORSO RETTA DI DEGENZA: € 300 al giorno e sarà compreso nel massimale unico annuo di € 200.000 per nucleo familiare e per anno solare. In via generale sono riferimento di calcolo le notti trascorse in struttura; solo nel caso di interventi con ricovero in day surgery, sarà conteggiato il costo della degenza di una giornata esposto in fattura.

SCOPERTO: del 10% e con una franchigia massima di € 775, su ciascuna prestazione esposta in fattura; tale scoperto non sarà applicato:

- alle prestazioni in regime ticket
- per le voci di spesa in cui vi è un'integrazione da parte del SSN (rilevabile nella fattura dell'ospedale convenzionato con il SSN)
- per malati oncologici o in presenza di invalidità pari o superiore al 74% (punti 8. e 15d.)

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- prescrizione - con specifica - dell'intervento da effettuare, rilasciata dal MMG o da uno specialista (che non deve essere chi effettua l'intervento). Il **SERVIZIO INFO** (contatti riportati a pag. 1) è a disposizione per fornire informazioni sulla documentazione da presentare
- copia della cartella clinica o per gli interventi in day surgery la relazione rilasciata all'atto della dimissione

- la fattura emessa dall'istituto di cura dovrà specificare in modo chiaro le voci di costo e, nel caso di fatture emesse dai professionisti che hanno eseguito/partecipato all'intervento (es. chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista) le fatture dovranno esporre in modo completo data e tipo di intervento a cui sono riferite
- prescrizione rilasciata in fase di dimissione da un medico dell'istituto di cura per eventuali farmaci o prestazioni post operatorie
- in caso di documentazione estera, allegare traduzione certificata

ESCLUSIONI:

- La chirurgia plastica, estetica e stomatologica di carattere estetico ad eccezione:
 - a) di quella effettuata sui figli di età inferiore ai 12 anni
 - b) delle forme ricostruttive rese necessarie da infortunio o da intervento chirurgico non di tipo estetico
- sono sempre escluse le spese riguardanti il comfort (supplementi per stanza singola, wifi, telefono, televisore, frigobar e quant'altro), i costi amministrativi e di segreteria e le spese non sanitarie

GARANZIE AGGIUNTIVE

PER SOCIO E FAMILIARI A CARICO

1a. ASSISTENZA INFERMIERISTICA

[Altre Prestazioni]

È rimborsata l'assistenza infermieristica all'Assistito a domicilio (Socio o familiare a carico), purché prescritta dal medico curante.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 2.000 - compreso nel massimale unico annuo di € 200.000 per nucleo familiare e per anno solare (rif. garanzia 1.)

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

prescrizione rilasciata dal MMG o da uno specialista che attesti la necessità di assistenza infermieristica

7

1b. PERSONA CHE PRESTA ASSISTENZA ALL'ASSISTITO

[Altre Prestazioni]

Sono rimborsate le spese, di vitto e alloggio, della persona che presta assistenza all'Assistito (Socio o familiare a carico) degente in Istituto di cura/ospedale, purché il medico curante ne richieda tale presenza. Fanno fede i giorni di ricovero e, in alcuni casi per questioni legate a distanza o per prestazioni da eseguire in ospedale il giorno precedente o successivo il ricovero o per l'età dell'Assistito, saranno contemplate anche le spese della giornata che precede l'entrata in ospedale o segue la dimissione. Sono rimborsate le spese per vitto e alloggio, giustificate da apposite ricevute.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 2.000 - compreso nel massimale unico annuo di € 200.000 per nucleo familiare e per anno solare (rif. garanzia 1.)

MASSIMALE GIORNALIERO: € 120 per vitto e alloggio o € 40 per il solo vitto

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- prescrizione del medico curante che attesti la necessità di assistenza
- autocertificazione del Socio indicante i dati della persona che gli ha prestato assistenza e il periodo di effettiva assistenza ricevuta presso la struttura sanitaria
- ricevute, complete di tutti i riferimenti che attestino le spese sostenute dalla persona che presta assistenza

ESCLUSIONI: rimborso di spese per eventuali ulteriori persone che prestino assistenza

1c. SPESE VIAGGIO**[Altre Prestazioni]**

Cassa Mutua riconosce al Socio un unico contributo a sostegno delle spese di viaggio, da lui sostenute, per recarsi nella struttura dove si effettua l'intervento (solo se la distanza è superiore a 50 Km andata/ritorno) secondo la seguente tabella:

- da 50 a 100 Km a/r € 30
- da 101 a 150 Km a/r € 55
- da 151 a 200 Km a/r € 80
- oltre 200 Km a/r € 105

Per quanto concerne il calcolo delle distanze fra un luogo e l'altro verrà presa a riferimento la tabella chilometrica Michelin.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: importo compreso nel massimale unico di € 200.000 per nucleo familiare e per anno solare (rif. garanzia 1.)

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- certificazione di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero, il motivo del ricovero e il periodo di effettiva presenza nella struttura sanitaria
- copia di un documento di identità o altra documentazione attestante l'indirizzo del domicilio

ESCLUSIONI:

- prestazioni per familiari a carico
- spese di viaggio per distanza totale di andata e ritorno entro 50 Km

1d. DIARIA OSPEDALIERA**[Altre Prestazioni]**

Cassa Mutua riconosce al Socio un contributo pari a € 40 per ogni giorno (rif. calcolo: notti trascorse in struttura) di ricovero in strutture ospedaliere in solo regime pubblico purché vi sia almeno un pernottamento (escluso pronto soccorso). Solo nel caso di ricovero in day surgery sarà considerata la giornata di degenza certificata dall'istituto di cura.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 30 giorni di calendario per un valore di € 1.200, per il solo Socio e per anno solare. Tale massimale è da intendersi unico e complessivo su tutte le garanzie dove è previsto il riconoscimento della DIARIA OSPEDALIERA.

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

certificazione di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero, il motivo del ricovero e il periodo di effettiva presenza nella struttura sanitaria

ESCLUSIONI:

- prestazioni per familiari a carico
- ricovero in strutture in regime privato, anche in presenza di un'integrazione da parte del SSN alle spese sostenute
- se la diaria è già stata riconosciuta per la stessa giornata su altre garanzie per la parte eccedente i 30 giorni all'anno
- prestazioni in regime di day hospital
- pernottamento in pronto soccorso

2. PRESTAZIONI PER RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

[Altre Prestazioni]

Nota Bene! È necessario presentare sempre i documenti entro il termine di 60 giorni (escluso dicembre che ne prevede 30) dalla data fattura. I 120 giorni successivi all'intervento fanno riferimento esclusivamente alle eventuali prestazioni prescritte in fase di dimissioni da integrare alla pratica.

In caso di ricovero, al Socio e ai familiari a carico, sono rimborsate le spese sostenute per:

- rette di degenza per ricovero in strutture in regime privato;
- accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
- accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati fuori dall'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero e strettamente legati alla diagnosi di ricovero;
- esami, medicinali prescritti dal medico ospedaliero, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, agopuntura effettuata da medico specialista, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e prescritti in fase di dimissioni.

Le spese ricondotte al ricovero dovranno essere segnalate dal Socio come tali, questo per permettere di raggrupparle in un'unica pratica per la quale sarà sospeso il procedimento di gestione/liquidazione in attesa che il Socio completi l'iter post ricovero riferito alle prestazioni prescritte in fase di dimissione, entro i 120 giorni successivi all'intervento. Concluse le stesse, il Socio è tenuto ad informare Cassa Mutua, che potrà così procedere con la gestione ed il rimborso.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 100.000 per nucleo familiare e per anno solare

MASSIMALE DI RIMBORSO RETTA DI DEGENZA: € 300 al giorno, compreso nel massimale unico annuo di € 100.000 per nucleo familiare e per anno solare. In via generale sono riferimento di calcolo le notti trascorse in struttura; solo nel caso di ricovero in day hospital di una giornata, sarà conteggiato il costo della degenza esposto in fattura.

SCOPERTO: del 10% con una franchigia massima di € 775 su ciascuna prestazione fatturata, tale scoperto non sarà applicato alle prestazioni in cui vi sia un'integrazione da parte del SSN alle spese sostenute (rilevabile dai documenti prodotti)

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- prescrizione rilasciata dal MMG o da uno specialista che attesti la necessità del ricovero
- certificazione di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero, il motivo del ricovero e i giorni di effettiva presenza nella struttura sanitaria
- prescrizioni per prestazioni post ricovero prescritte dallo specialista in fase di dimissione
- in caso di documentazione estera, allegare traduzione certificata

ESCLUSIONI:

- ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e simili) ancorché qualificate come cliniche o case di cura
- ricoveri per malattie mentali e disturbi psichici, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso, salvo quanto previsto alla garanzia 7.
- ricoveri per prestazioni di tipo estetico
- sono sempre escluse le spese riguardanti il comfort (supplementi per stanza singola, wifi, telefono, televisore, frigobar e quant'altro), i costi amministrativi e di segreteria e le spese non sanitarie

2a. ASSISTENZA INFERMIERISTICA**[Altre Prestazioni]**

È rimborsata l'assistenza infermieristica all'Assistito a domicilio (Socio o familiare a carico), purché prescritta dal medico curante.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 2.000 - compreso nel massimale unico annuo di € 200.000 per nucleo familiare e per anno solare (rif. garanzia 1.)

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

prescrizione rilasciata dal MMG o da uno specialista che ne attesti la necessità

2b. PERSONA CHE PRESTA ASSISTENZA ALL'ASSISTITO**[Altre Prestazioni]**

Sono rimborsate le spese, di vitto e alloggio, della persona che presta assistenza all'Assistito (Socio o familiare a carico) degente in Istituto di cura/ospedale, purché il medico curante ne richieda tale presenza. Fanno fede i giorni di ricovero e, in alcuni casi per questioni legate a distanza o per prestazioni da eseguire in ospedale (il giorno precedente o successivo il ricovero) o per l'età dell'Assistito, saranno contemplate anche le spese della giornata che precede l'entrata in ospedale o segue la dimissione. Sono rimborsate le spese per vitto e alloggio, giustificate da apposita ricevuta.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 2.000 - compreso nel massimale unico annuo di € 200.000 per nucleo familiare e per anno solare (rif. garanzia 1.)

MASSIMALE GIORNALIERO: € 120 per vitto e alloggio o € 40 per il solo vitto

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- prescrizione del medico curante che attesti la necessità di assistenza
- autocertificazione del Socio indicante i dati della persona che gli ha prestato assistenza e il periodo di effettiva assistenza ricevuta presso la struttura sanitaria
- ricevute, complete di tutti i riferimenti che attestino le spese sostenute dalla persona che presta assistenza

10

ESCLUSIONI: rimborso di spese per eventuali ulteriori persone che prestino assistenza

2c. SPESE VIAGGIO**[Altre Prestazioni]**

Cassa Mutua riconosce al Socio un unico contributo a sostegno delle spese di viaggio, da lui sostenute, per recarsi nella struttura dove si effettua il ricovero (solo se la distanza è superiore a 50 Km andata/ritorno) secondo la seguente tabella:

- da 50 a 100 Km a/r € 30
- da 101 a 150 Km a/r € 55
- da 151 a 200 Km a/r € 80
- oltre 200 Km a/r € 105

Per quanto concerne il calcolo delle distanze fra un luogo e l'altro verrà presa a riferimento la tabella chilometrica Michelin.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: importo compreso nel massimale unico di € 200.000 per nucleo familiare e per anno solare (rif. garanzia 1.)

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- certificazione di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero, il motivo del ricovero e il periodo di effettiva presenza nella struttura sanitaria
- copia di un documento di identità o altra documentazione attestante l'indirizzo del domicilio

ESCLUSIONI:

- prestazioni per familiari a carico
- spese di viaggio per distanza totale di andata e ritorno entro 50 Km

2d. DIARIA OSPEDALIERA

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce al Socio un contributo pari a € 40 per ogni giorno (rif. calcolo: notti trascorse in struttura) di ricovero in strutture ospedaliere in solo regime pubblico (escluso pronto soccorso); solo nel caso di ricovero in day hospital sarà considerata la giornata di degenza certificata dall'istituto di cura.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 30 giorni di calendario per un valore di € 1.200, per il solo Socio e per anno solare. Tale massimale è da intendersi unico e complessivo su tutte le garanzie dove è previsto il riconoscimento della DIARIA OSPEDALIERA.

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

certificazione di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero, il motivo del ricovero e il periodo di effettiva presenza nella struttura sanitaria

ESCLUSIONI:

- prestazioni per il familiare a carico
- ricovero in strutture in regime privato, anche in presenza di un'integrazione da parte del SSN alle spese sostenute
- se la diaria è già stata riconosciuta per la stessa giornata su altre garanzie per la parte eccedente i 30 giorni all'anno
- pernottamento in pronto soccorso

3. PRESTAZIONI POST TRAPIANTO

SOLO PER IL SOCIO

3a. DIARIA OSPEDALIERA

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce ai propri Soci un contributo di € 40 per ogni giorno in cui sia necessaria una prestazione sanitaria effettuata presso le sole strutture ospedaliere e connessa a un trapianto di organi, di midollo o autologo. La garanzia è rivolta anche al Socio "donatore".

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 30 giorni di calendario per un valore di € 1.200, solo per il Socio e per anno solare. Tale massimale è da intendersi unico e complessivo su tutte le garanzie dove è previsto il riconoscimento della DIARIA OSPEDALIERA

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- documento del Centro Trapianti di riferimento che giustifica la prestazione sanitaria
- certificazione da parte della struttura ospedaliera con indicazione della data e tipologia della prestazione eseguita (anche solo ambulatoriale, purché ricondotta ai controlli periodici legati al trapianto)

ESCLUSIONI:

- prestazioni per familiari a carico
- se la diaria è già stata riconosciuta per la stessa giornata su altre garanzie
- per la parte eccedente i 30 giorni all'anno
- pernottamento in pronto soccorso

3b. SPESE PER VITTO E ALLOGGIO

[Altre Prestazioni]

Qualora il Socio debba sottoporsi a prestazioni sanitarie riferite ad un trapianto d' organi, anche in qualità di donatore, Cassa Mutua riconosce un contributo per le spese sostenute per il vitto ed eventuale alloggio.

MASSIMALE DI RIMBORSO VITTO AL GIORNO: € 40

MASSIMALE DI RIMBORSO ALLOGGIO AL GIORNO: € 110 per ogni giorno di ricovero; sono riferimento di calcolo le notti trascorse in struttura o, nel caso di prestazioni eseguite in più giornate consecutive in day hospital (o anche in forma ambulatoriale), saranno conteggiate le giornate certificate dall'ospedale.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 5.000 per anno solare. Tale massimale è da intendersi unico e complessivo delle garanzie: 3b. Spese per Vitto e Alloggio e 3c. Spese Viaggio

DOCUMENTAZIONE - PRESCRIZIONI (da presentare)

- certificazione del Centro Trapianti di riferimento che giustifica la prestazione sanitaria
- certificazione da parte della struttura ospedaliera con indicazione della data e tipologia della prestazione eseguita (anche solo ambulatoriale, purché ricondotta ai controlli periodici legati al trapianto)
- ricevute, complete di tutti i riferimenti che attestino le spese sostenute

ESCLUSIONI: prestazioni per familiari a carico

3c. SPESE VIAGGIO - in alternativa al punto b. SPESE PER VITTO E ALLOGGIO

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua, in alternativa alle spese di cui al punto precedente, qualora il Socio debba sottoporsi a cure sanitarie post trapianto in regime di day hospital, riconosce un contributo a sostegno delle spese di viaggio, da lui sostenute, per recarsi nella struttura dove effettua le cure (solo se il viaggio è superiore a 50 Km andata/ritorno) secondo la seguente tabella:

- da 50 a 100 Km a/r € 30
- da 101 a 150 Km a/r € 55
- da 151 a 200 Km a/r € 80
- oltre 200 Km a/r € 105

Per quanto concerne le distanze fra un luogo e l'altro verrà presa a riferimento la tabella chilometrica Michelin.

MASSIMALE DI RIMBORSO: € 5.000 per anno solare. Tale massimale è da intendersi unico e complessivo delle garanzie aggiuntive: 3b. "Spese per Vitto e Alloggio" e 3c. "Spese Viaggio"

SCOPERTO: nessuno

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- certificazione da parte della struttura ospedaliera con indicazione della data e tipologia della prestazione eseguita (anche solo ambulatoriale, purché ricondotta ai controlli periodici legati al trapianto)
- copia di un documento di identità o altra documentazione attestante l'indirizzo di domicilio del Socio

ESCLUSIONI:

- prestazioni per familiari a carico
- spese di viaggio per distanza di andata e ritorno entro 50 Km

4. CORREZIONE VISUS

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce all'Assistito (Socio e familiare a carico) un contributo per le spese sostenute a fronte di interventi di tipo chirurgico o tecniche laser per la correzione del visus c/o strutture sanitarie a questo abilitate. Tale garanzia è anche riferimento per gli interventi privati della cataratta, mentre quelli eseguiti in regime ticket sono imputati al punto "7. Prestazioni specialistiche".

MASSIMALE UNICO DI RIMBORSO (una tantum): € 1.500 per occhio

SCOPERTO: del 10% sull'importo della fattura

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- il visus preesistente e il visus a seguito dell'intervento con indicazione della patologia
- indicazione precisa se l'operazione è riferita a uno o ad entrambi gli occhi
- prescrizione dell'intervento da parte del MMG o dello specialista, che deve essere diverso da chi effettua l'intervento

ESCLUSIONI:

- ulteriore intervento sullo stesso occhio
- DEROGHE: solo per gli eventuali successivi interventi di cataratta eseguiti in regime ticket, imputati al punto "7. Prestazioni specialistiche".

GARANZIE AGGIUNTIVE

SOLO PER IL SOCIO

4a. SPESE VIAGGIO

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce al Socio un unico contributo a sostegno delle spese di viaggio, da lui sostenute, per recarsi nella struttura dove avviene l'intervento di correzione visus (solo se il viaggio è superiore a 50 Km andata/ritorno) secondo la seguente tabella:

- da 50 a 100 Km a/r € 30
- da 101 a 150 Km a/r € 55
- da 151 a 200 Km a/r € 80
- oltre 200 Km a/r € 105

Per quanto concerne le distanze fra un luogo e l'altro verrà presa a riferimento la tabella chilometrica Michelin.

MASSIMALE DI RIMBORSO: come da tabella, il solo viaggio di andata/ritorno per il giorno dell'intervento

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- certificazione della struttura sanitaria con indicazione della data dell'intervento
- copia di un documento di identità o altra documentazione attestante l'indirizzo di domicilio del Socio

ESCLUSIONI:

- prestazioni per familiari a carico
- spese di viaggio per distanza di andata e ritorno entro 50 Km

4b. DIARIA OSPEDALIERA

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce ai propri Soci un contributo pari a € 40 per ogni giorno di ricovero (rif. calcolo: notti trascorse in struttura), a seguito di intervento di correzione visus, in strutture ospedaliere in solo regime pubblico purché vi sia almeno un pernottamento (escluso pronto soccorso). Solo nel caso di ricovero in day surgery sarà considerata la giornata di degenza certificata dall'istituto di cura.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 30 giorni di calendario per un valore di € 1.200, per il solo Socio e per anno solare. Tale massimale è da intendersi unico e complessivo su tutte le garanzie dove è previsto il riconoscimento della Diaria Ospedaliera

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- certificazione di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero, il motivo del ricovero e il periodo di effettiva presenza nella struttura sanitaria

ESCLUSIONI:

- prestazioni per familiari a carico
- ricovero in strutture in regime privato, anche in presenza di un'integrazione da parte del SSN alle spese sostenute
- se la diaria è già stata riconosciuta per la stessa giornata su altre garanzie
- per la parte eccedente i 30 giorni all'anno
- prestazioni in regime di day hospital
- pernottamento in pronto soccorso

5. RECUPERO DA TOSSICODIPENDENZE, ETILISMO E DISTURBI ALIMENTARI

[Altre Prestazioni]

Sono rimborsate le spese sostenute in caso di ricovero dell'Assistito (Socio e familiari a carico) per il recupero dalla tossicodipendenza, dall'etilismo e dai disturbi alimentari presso Istituti di cura, ospedali e comunità terapeutiche, riconosciuti dallo Stato o dalle Regioni o dalle Province o dai Comuni.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 5.000 compreso nel massimale unico annuo di € 100.000 per nucleo familiare per anno solare (rif. garanzia 2.)

SCOPERTO: del 10% sull'importo della fattura

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- prescrizione del ricovero da parte del MMG o di uno specialista
- dichiarazione della comunità terapeutica che comprovi la patologia in corso e lo svolgimento del programma terapeutico
- certificato di dimissioni in cui siano indicato il periodo di effettiva presenza nella struttura sanitaria

6. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua rimborsa, al Socio e ai familiari a carico, le spese sostenute per esami e accertamenti diagnostici.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 3.500 - da intendersi unico e complessivo per Socio e familiari

SCOPERTO:

- **20%** in caso di prestazioni eseguite in regime privato
- nessuno, rimborso integrale, per prestazioni rese dal SSN in regime pubblico (ticket rimborsato al 100%) o con certificazione per patologia oncologica o invalidità pari o superiore al 74% (punti 8. e 15d.)

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

prescrizione del MMG o prescrizione di uno specialista, che deve essere diverso da chi effettua la prestazione; il documento dovrà riportare data antecedente (ma non superiore a 365 giorni) o al massimo uguale a quella del documento relativo alla spesa sostenuta

ESCLUSIONI:

- qualsiasi altro tipo di accertamento non individuato come pertinente alla necessità sanitaria.
- le analisi cliniche e gli accertamenti diagnostici in gravidanza, in quanto ricompresi nell'apposita garanzia 11. "Gravidanza"

7. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua rimborsa le spese sostenute dall'Assistito (Socio e familiari a carico) per le seguenti prestazioni:

- visite specialistiche, analisi ed esami di laboratorio, interventi ambulatoriali (anche di microchirurgia), comprese le spese per screening preventivi;
- prestazioni specialistiche per malattie mentali e disturbi psicologici in genere, purché rese da personale medico e/o professionista iscritto ad apposito Albo Professionale. Tali prestazioni possono essere effettuate a seguito di ricovero ospedaliero per queste problematiche oppure, vista la particolarità di tali patologie, solo con prescrizione medica;
- agopuntura e cicli di cura in generale, anche trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché effettuati esclusivamente dai soggetti esercenti le professioni sanitarie e arti ausiliarie riconosciute dal Ministero della Salute o iscritte ad apposito Albo Professionale o eseguite in centri sanitari specializzati e/o convenzionati con il SSN. NB: in attesa dell'istituzione degli albi professionali degli **osteopati**, si accettano esclusivamente le prestazioni effettuate da iscritti al ROI (Registro Osteopati Italiani) oppure da professionisti in possesso del diploma D.O. (non sono riconosciuti diplomi conseguiti all'estero senza iscrizione al ROI);
- trattamenti logopedici;
- vaccinazioni;
- interventi di cataratta eseguiti in regime ticket.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 2.500 da intendersi unico e complessivo per Socio e familiari

MASSIMALE DI RIMBORSO PER SINGOLA VISITA SPECIALISTICA: € 250

SCOPERTO:

- **20%** in caso di prestazioni eseguite in regime privato
- nessuno, rimborso prestazioni rese dal SSN in regime pubblico (ticket rimborsato al 100%) o con certificazione per patologia oncologica o invalidità pari o superiore al 74% (punti 8. e 15d.)

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- prescrizione del MMG o prescrizione di uno specialista, che deve essere diverso da chi effettua la prestazione; il documento dovrà riportare data antecedente (ma non superiore a 365 giorni) o al massimo uguale a quella del documento relativo alla spesa sostenuta
- se durante la visita lo specialista ritiene necessario effettuare delle prestazioni aggiuntive rispetto all'indicazione medica (ad. esempio: analisi, diagnostica, pap-test, asportazione neo, ecc.) per il rimborso della prestazione aggiuntiva è necessaria una sua certificazione specifica da produrre unitamente al resto della documentazione
- se la prestazione viene effettuata presso centri sportivi, piscine, palestre e simili è necessaria l'attestazione che certifichi la qualifica del professionista e la sua appartenenza ai soggetti esercenti le professioni sanitarie riconosciute dal Ministero della Salute o iscritte ad apposito Albo professionale.

ESCLUSIONI:

- le prestazioni non pertinenti alla prescrizione medica e alla patologia effettuate dallo specialista.
- le prestazioni riconducibili alla medicina del benessere (quali ad es. naturopatia, "biofeedback", piani nutrizionali, elaborazioni diete, ecc.)
- le prestazioni effettuate presso centri sportivi, piscine, palestre e simili non riconosciute/convenzionate con il SSN
- le prestazioni osteopatiche effettuate da professionisti non riconosciuti (vedi capitolo "DEFINIZIONI").

GARANZIE AGGIUNTIVE

SOLO PER IL SOCIO

7a. SPESE VIAGGIO SOLO PER INTERVENTI DI CATARATTA ESEGUITI IN REGIME TICKET

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce al Socio un contributo a sostegno delle spese di viaggio, da lui sostenute, per recarsi nella struttura dove avviene l'intervento di correzione visus (solo se il viaggio è superiore a 50 Km andata/ritorno) secondo la seguente tabella:

- da 50 a 100 Km a/r € 30
- da 101 a 150 Km a/r € 55
- da 151 a 200 Km a/r € 80
- oltre 200 Km a/r € 105

Per quanto concerne le distanze fra un luogo e l'altro verrà presa a riferimento la tabella chilometrica Michelin.

MASSIMALE DI RIMBORSO: come da tabella, il solo viaggio di andata/ritorno per il giorno dell'intervento

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- certificazione della struttura sanitaria con indicazione della data dell'intervento
- copia di un documento di identità o altra documentazione attestante l'indirizzo di domicilio del Socio

ESCLUSIONI:

- prestazioni per familiari a carico
- spese di viaggio per distanza di andata e ritorno entro 50 Km

7b. DIARIA OSPEDALIERA SOLO PER INTERVENTI DI CATARATTA ESEGUITI IN REGIME TICKET

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce ai propri Soci un contributo pari a € 40 per ogni giorno di ricovero (rif. calcolo: notti trascorse in struttura), a seguito di intervento di correzione visus, in strutture ospedaliere in solo regime pubblico purché vi sia almeno un pernottamento. Solo nel caso di ricovero in day surgery sarà considerata la giornata di degenza certificata dall'istituto di cura.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 30 giorni di calendario per un valore di € 1.200, per il solo Socio e per anno solare. Tale massimale è da intendersi unico e complessivo su tutte le garanzie dove è previsto il riconoscimento della Diaria Ospedaliera

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

certificazione di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero, il motivo del ricovero e il periodo di effettiva presenza nella struttura sanitaria

ESCLUSIONI:

- prestazioni per familiari a carico
- ricovero in strutture in regime privato, anche in presenza di un'integrazione da parte del SSN alle spese sostenute
- se la diaria è già stata riconosciuta per la stessa giornata su altre garanzie
- per la parte eccedente i 30 giorni all'anno
- prestazioni in regime di day hospital

8. PRESTAZIONI PER MALATTIA DI CARATTERE ONCOLOGICO E INVALIDITA' PERMANENTE

Fermo restando i massimali previsti per le singole tipologie di garanzie:

- nel caso di malattia di carattere oncologico, certificata dall'Azienda Sanitaria competente, del Socio o dei familiari a carico;
- in presenza di una invalidità civile permanente, pari o superiore al 74% e certificata dall'Azienda Sanitaria competente, del Socio o ai figli fiscalmente a carico (non al coniuge o al convivente more uxorio). Per i figli minori si rimanda al punto 15d.

Cassa Mutua, non applicherà lo scoperto e la franchigia o il limite massimo di € 250 per la singola visita specialistica e non saranno posti limiti temporali per la presentazione della richiesta di rimborso di 60 giorni.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: per ciascuna garanzia, rimane invariato

SCOPERTO: nessuno

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- prescrizione del MMG o prescrizione di uno specialista, che deve essere diverso da chi effettua la prestazione; il documento dovrà riportare data antecedente (ma non superiore a 365 giorni) o al massimo uguale a quella del documento relativo alla spesa sostenuta
- certificazione da parte della struttura sanitaria attestante la diagnosi di patologia, le terapie effettuate e i giorni in cui le terapie sono state effettivamente praticate, purché connesse a malattie di carattere oncologico (es. terapia salvavita, trattamento radio/chemio)
- certificazione attestante la malattia oncologica rilasciata dall'Azienda Sanitaria competente o la certificazione rilasciata dall'Azienda Sanitaria competente attestante l'invalidità pari o superiore al 74%, o, in caso di cecità o sordità grave, le apposite certificazioni rilasciate dagli Enti preposti.

Per il figlio a carico minore si rimanda al punto 15d. Se non è stato aggiornato il proprio profilo in AREA RISERVATA o si presenta la richiesta con e-mail, la certificazione deve essere allegata/integrata in ciascuna richiesta.

NB! Se la certificazione ha una durata limitata, verificare che sia in corso di validità, altrimenti verrà respinta.

8a. DIARIA OSPEDALIERA PER MALATTIA DI CARATTERE ONCOLOGICO**[Altre Prestazioni]**

Cassa Mutua riconosce ai propri Soci un contributo pari a € 40 per ogni seduta terapeutica connessa a malattie di carattere oncologico, debitamente certificata dalla struttura ospedaliera.

MASSIMALE DI RIMBORSO A SEDUTA: € 40

SCOPERTO: nessuno

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

certificazione attestante la malattia oncologica rilasciata dall’Azienda Sanitaria competente e che, se non è stato aggiornato il proprio profilo in AREA RISERVATA o si presenta la richiesta con e-mail, deve essere allegata/integrata in ciascuna richiesta

ESCLUSIONI:

- prestazioni per familiari a carico
- se la diaria è già stata riconosciuta per la stessa giornata su altre garanzie

8b. SPESE PER VITTO E ALLOGGIO - MALATTIA DI CARATTERE ONCOLOGICO**[Altre Prestazioni]**

Qualora il Socio debba sottoporsi a sedute terapeutiche connesse a malattie di carattere oncologico debitamente certificate dalla struttura ospedaliera, Cassa Mutua riconosce le spese per il vitto ed eventuale alloggio. Sono rimborsate le spese per vitto e alloggio, giustificate da ricevute, complete di tutti i riferimenti che attestino le spese sostenute.

MASSIMALE DI RIMBORSO VITTO AL GIORNO: € 40

MASSIMALE DI RIMBORSO ALLOGGIO AL GIORNO: € 110 per ogni giorno di ricovero; sono riferimento di calcolo le notti trascorse in struttura o, nel caso di prestazioni eseguite in più giornate consecutive in day hospital (o anche in forma ambulatoriale), saranno conteggiate le giornate certificate dall’ospedale.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 5.000 per anno solare. Tale massimale è da intendersi unico e complessivo delle garanzie aggiuntive 8b. “Spese per vitto e alloggio - malattia di carattere oncologico” e 8c. “Spese Viaggio - malattia di carattere oncologico”

SCOPERTO: nessuno

DOCUMENTAZIONE - PRESCRIZIONI (da presentare)

- certificazione attestante la malattia oncologica rilasciata dall’Azienda Sanitaria competente che, se non è stato aggiornato il proprio profilo in AREA RISERVATA o si presenta la richiesta con e-mail, deve essere allegata/integrata in ciascuna richiesta
- certificazione da parte della struttura ospedaliera con indicazione della data e tipologia della prestazione eseguita (anche solo ambulatoriale), purché ricondotta alle terapie effettuate e connesse a malattie di carattere oncologico
- ricevute, complete di tutti i riferimenti che attestino le spese sostenute

ESCLUSIONI: prestazioni per familiari a carico

8c. SPESE VIAGGIO - MALATTIA DI CARATTERE ONCOLOGICO (in alternativa al punto 8b)

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua, in alternativa alle spese di cui al punto precedente, qualora il Socio debba sottoporsi a sedute terapeutiche connesse a malattie di carattere oncologico debitamente certificata dalla struttura ospedaliera, riconosce un unico contributo a sostegno delle spese di viaggio, da lui sostenute, per recarsi nella struttura dove effettua le cure (solo se il viaggio è superiore a 50 Km andata/ritorno) secondo la seguente tabella:

- da 50 a 100 Km a/r € 30
- da 101 a 150 Km a/r € 55
- da 151 a 200 Km a/r € 80
- oltre 200 Km a/r € 105

Per quanto concerne le distanze fra un luogo e l'altro verrà presa a riferimento la tabella chilometrica Michelin.

MASSIMALE DI RIMBORSO: € 5.000 per anno solare. Tale massimale è da intendersi unico e complessivo sulle garanzie aggiuntive 8b. "Spese per vitto e alloggio - malattia di carattere oncologico" e 8c. "Spese Viaggio - malattia di carattere oncologico"

SCOPERTO: nessuno

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- certificazione attestante la malattia oncologica rilasciata dall'Azienda Sanitaria competente che, se non è stato aggiornato il proprio profilo in AREA RISERVATA o si presenta la richiesta con e-mail, deve essere allegata/integrata in ciascuna richiesta
- certificazione da parte della struttura ospedaliera con indicazione della data e tipologia della prestazione eseguita (anche solo ambulatoriale), purché ricondotta alle terapie connesse a malattie di carattere oncologico
- copia di un documento di identità o altra documentazione attestante l'indirizzo di domicilio del Socio

ESCLUSIONI:

- spese per familiari a carico
- spese di viaggio per distanza di andata e ritorno entro 50 Km

8d. TRATTAMENTO DI DAY HOSPITAL SU PIU' GIORNI CONSECUTIVI

[Altre Prestazioni]

Qualora il Socio debba sottoporsi a cure sanitarie, connesse alle terapie malattia di carattere oncologico o invalidità permanente certificata, in regime di day hospital su più giorni consecutivi, Cassa Mutua riconosce, oltre alle spese di cui alla garanzia aggiuntiva punto 8b. "Spese per Vitto e Alloggio", anche le spese di cui alla garanzia aggiuntiva punto 8c. "Spese Viaggio" in termini di una sola andata e ritorno per l'intero periodo.

9. APPARECCHI ACUSTICI ORTOPEDICI, ARTI ARTIFICIALI E AUSILI

[Altre Prestazioni]

Al Socio e ai familiari a carico Cassa Mutua rimborsa, dedotto l'eventuale contributo erogato/erogabile dal Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute per:

1. acquisto e/o riparazione di apparecchi acustici;
2. acquisto e/o noleggio di apparecchi e supporti ortopedici (busti, plantari, supporti elastici, ginocchiere, cavigliere e simili, stampelle, carrozzine, attrezzature antidecubito, sollevatori);
3. arti artificiali, presidi tecnici di supporto a malattie croniche e invalidanti adeguatamente certificate;
4. calzature ortopediche;
5. apparecchiature elettromedicali.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 2.500 da intendersi unico e complessivo per nucleo familiare

SCOPERTO: 20% e non verrà applicato in presenza di malattia oncologica o invalidità certificata pari o superiore al 74%.

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- voci punti 1 e 2: prescrizione del MMG o di uno specialista, diverso da chi fornisce l'articolo, dove sia specificata anche la patologia/problematica
- voce punto 3: prescrizione di uno specialista, dove sia specificata anche la patologia
- voce punto 4: prescrizione di uno specialista, diverso da chi fornisce l'articolo, dove sia specificata anche la patologia/problematica
- voce punto 5: prescrizione di uno specialista con attestazione della presenza di patologia cronica.

ESCLUSIONI:

- elettrostimolatori anche se a noleggio
- acquisto e/o noleggio reti e materassi, acquisto cuscini ortopedici e abbigliamento "sanitario" di vario tipo

10. TRASPORTO

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua rimborsa le spese sostenute per:

1. il trasporto dell'Assistito (Socio e familiari a carico) 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; è anche compreso il trasporto con ambulanza in occasione di intervento chirurgico o ricovero se, previa prescrizione del medico curante, le condizioni dell'Assistito giustificano questa necessità;
2. il trasporto dell'Assistito (Socio e familiari a carico) 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 per il trasferimento di cui sopra;
3. solo per il Socio: il trasporto della salma dal luogo del decesso al luogo di sepoltura.

MASSIMALE DI RIMBORSO PER EVENTO: € 1.550

SCOPERTO:

- 20% in caso di spese previste ai punti 1. e 2.
- nessuno per le spese previste al punto 3.

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- documenti di spesa
- nel caso di trasporto collegato ad intervento o ricovero è necessaria l'indicazione del medico curante
- copia di un documento di identità o altra documentazione attestante l'indirizzo di domicilio dell'Assistito
- Cassa Mutua si riserva di poter chiedere ulteriore documentazione in fase di analisi della richiesta

11. GRAVIDANZA

11a. ESAMI DIAGNOSTICI PRE-PARTO

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce un contributo, al Socio e ai familiari a carico, per le spese sostenute durante il periodo di gestazione relative a esami diagnostici specifici; sono compresi anche amniocentesi o villocentesi.

MASSIMALE DI RIMBORSO PER SINGOLA GRAVIDANZA: € 1.500

SCOPERTO:

- 20%, per le prestazioni eseguite in regime privato
- nessuno, rimborso integrale, per prestazioni rese dal SSN in regime pubblico (ticket rimborsato al 100%)

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

la certificazione del medico specialista in ginecologia attestante lo stato di gravidanza con la data presunta del parto che, se non è aggiornato il proprio profilo in AREA RISERVATA o si presenta la richiesta con e-mail, deve essere allegata/integrata in ciascuna richiesta

11b. RICOVERO SENZA INTERVENTO

[Altre Prestazioni]

In presenza di prestazioni eseguite durante un ricovero presso strutture sanitarie nel periodo di gestazione (senza che venga eseguito alcun intervento chirurgico), si rimanda a quanto previsto alla garanzia 2.

11c. ABORTO TERAPEUTICO

[Altre Prestazioni]

In presenza di prestazioni eseguite durante un ricovero presso strutture sanitarie e relative a intervento chirurgico per aborto terapeutico, si rimanda a quanto previsto alla garanzia 1.

11d. PARTO NATURALE

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce un contributo, al Socio e ai familiari a carico, per le spese relative a parto naturale eseguito presso una struttura sanitaria privata; nello specifico rimborsa le spese per:

- assistenza medica, accertamenti diagnostici, esami, cure e medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
- retta di degenza per ricovero in strutture in regime privato.

MASSIMALE DI RIMBORSO PER SINGOLO EVENTO: € 1.300

MASSIMALE DI RIMBORSO RETTA DI DEGENZA: € 300 al giorno (rif. calcolo: notti trascorse in struttura), compreso nel massimale unico per singolo evento di € 1.300

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

certificazione di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero, il motivo del ricovero e il periodo di effettiva presenza nella struttura sanitaria

ESCLUSIONI: rimborso di spese sulle garanzie 1. o 2. e garanzie aggiuntive

11e. PARTO CESAREO

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce un contributo, al Socio e ai familiari a carico, per le spese relative a parto cesareo eseguito presso una struttura sanitaria privata, nello specifico rimborsa le spese per:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i costi per i diritti di sala operatoria ed il materiale;
- l'assistenza medica e infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo del ricovero;
- le rette di degenza per ricovero in strutture in regime privato.

MASSIMALE DI RIMBORSO PER SINGOLO EVENTO: € 1.300

MASSIMALE DI RIMBORSO RETTA DI DEGENZA: € 300 al giorno (rif. calcolo: notti trascorse in struttura), compreso nel massimale unico per singolo evento di € 1.300

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

certificazione di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero, il motivo del ricovero e il periodo di effettiva presenza nella struttura sanitaria

ESCLUSIONI: rimborso di spese sulle garanzie 1. o 2. e garanzie aggiuntive

GARANZIE AGGIUNTIVE

SOLO PER LA SOCIA

11f. DIARIA OSPEDALIERA

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce alle proprie Socie un contributo pari a € 40 per ogni giorno (rif. calcolo: notti trascorse in struttura) di ricovero in strutture ospedaliere in solo regime pubblico per parto naturale o cesareo.

MASSIMALE DI RIMBORSO AD EVENTO: 30 giorni di calendario per un valore di € 1.200, per la sola Socia e per anno solare. Tale massimale è da intendersi unico e complessivo su tutte le garanzie dove è previsto il riconoscimento della DIARIA OSPEDALIERA

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- per la Socia, se non presenta la richiesta da Area Riservata, il modulo di richiesta rimborso firmato
- certificazione di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero, il motivo del ricovero e il periodo di effettiva presenza nella struttura sanitaria

ESCLUSIONI:

- ricovero in strutture in regime privato, anche in presenza di un'integrazione da parte del SSN alle spese sostenute
- se la diaria è già stata riconosciuta per la stessa giornata su altre garanzie
- diaria per la parte eccedente i 30 giorni all'anno

11g. SPESE VIAGGIO

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce alla Socia un unico contributo a sostegno delle spese di viaggio, da lei sostenute, per recarsi nella struttura dove è avvenuto il parto naturale o cesareo (solo se il viaggio è superiore a 50 Km andata/ritorno) secondo la seguente tabella:

- da 50 a 100 Km a/r € 30
- da 101 a 150 Km a/r € 55
- da 151 a 200 Km a/r € 80
- oltre 200 Km a/r € 105

Per quanto concerne le distanze fra un luogo e l'altro verrà presa a riferimento la tabella chilometrica Michelin.

MASSIMALE DI RIMBORSO: come da tabella, il solo viaggio di andata/ritorno

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- certificazione della struttura sanitaria con indicazione della data dell'intervento
- copia di un documento di identità o altra documentazione attestante l'indirizzo di domicilio della Socia

ESCLUSIONI: spese di viaggio per distanza di andata e ritorno entro 50 Km

12. PMA - PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA FONDO SPERIMENTALE E PLAFOND 100MILA EURO

[PMA - Fdo Sperimentale]

Nota Bene! È necessario presentare sempre i documenti entro il termine di 60 giorni (escluso dicembre che ne prevede 30) dalla data fattura.

Cassa Mutua, al Socio e al proprio coniuge o convivente more uxorio, rimborsa le spese per le metodiche di fecondazione artificiale eseguite e sostenute in ospedali, cliniche o centri specializzati, situati nel solo territorio italiano. Le prestazioni dovranno essere esposte in fatture emesse a nome del Socio.

Si precisa che la scelta di portare questa garanzia in un Fondo Sperimentale nasce dall'esigenza di raggruppare in un'unica pratica tutte le voci di spesa sostenute nell'anno, così come tutta la documentazione necessaria, in modo da poter riordinare/definire cronologicamente gli eventi collegati alle metodiche di fecondazione. Considerando che ci troviamo in un ambito sanitario in continua evoluzione per le metodiche utilizzate, Cassa Mutua avrà così la possibilità di definire in modo più attento e preciso le molte e complesse prestazioni effettuate e se necessario avvalendosi anche di consulenze mediche esterne.

Per questo motivo, tutte le spese pervenute nell'anno verranno raggruppate in un'unica pratica che sarà quella di riferimento per il successivo rimborso. Ciò non toglie la possibilità per il Socio di richiedere un anticipo del 50% (entro il valore di € 4.500) sul totale della spesa sostenuta.

Il Socio ne potrà fare richiesta inviando copia della fattura e del relativo pagamento (saranno esclusi eventuali pagamenti disposti a favore di c/correnti esteri).

Con la definizione della pratica il Socio è tenuto a restituire eventuali importi corrisposti dalla Cassa Mutua e non rimborsabili.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 9.000 massimale unico a coppia

SCOPERTO:

- 20% in caso di prestazioni eseguite in regime privato;
- nessuno, rimborso integrale, per prestazioni rese dal SSN in regime pubblico (ticket rimborsato al 100%)

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- certificato medico attestante l'infertilità o altra certificazione che motivi eventuali problematiche particolari (es. malattie genetiche) e che ne giustifichi la scelta
- copia della cartella clinica con specifica cronologica delle prestazioni eseguite
- fattura intestata sempre e solo al Socio
- copia del pagamento (saranno esclusi eventuali pagamenti disposti a favore di c/correnti esteri)
- in caso di pagamento in contanti, allegare attestazione della struttura sanitaria
- per l'eventuale richiesta di un anticipo, farne esplicita richiesta, fornendo copia del bonifico disposto a favore della struttura sanitaria che ha eseguito le prestazioni. Cassa Mutua si riserva di richiedere ulteriori chiarimenti e documentazione integrativa
- nel caso di richieste di documentazione integrativa, si raccomanda di inviare solo il documento richiesto (evitare l'invio di documentazione già fornita precedentemente)
- frontespizio della dichiarazione fiscale (mod. 730 o mod. Unico) o certificato dello stato di famiglia

ESCLUSIONI:

- il rimborso di farmaci/medicinali
- fatture non intestate al Socio
- prestazioni eseguite al di fuori del territorio italiano
- pagamenti disposti a favore di c/correnti esteri
- tutto ciò che non riguarda strettamente le metodiche PMA (es. trasporto ovociti)

12a. DIARIA OSPEDALIERA**[Altre Prestazioni]**

Cassa Mutua riconosce alla Socia un contributo pari a € 40 per ogni giorno (rif. calcolo: notti trascorse in struttura) di ricovero in strutture ospedaliere in solo regime pubblico (escluso pronto soccorso), per prestazioni relative alla PMA - Procreazione Medicalmente Assistita.

MASSIMALE DI RIMBORSO AD EVENTO: 30 giorni di calendario per un valore di € 1.200, per la sola Socia e per anno solare. Tale massimale è da intendersi unico e complessivo su tutte le garanzie dove è previsto il riconoscimento della DIARIA OSPEDALIERA

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

certificazione di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero, il motivo del ricovero e il periodo di effettiva presenza nella struttura sanitaria

ESCLUSIONI:

- ricovero in strutture in regime privato, anche in presenza di un'integrazione da parte del SSN alle spese sostenute
- se la diaria è già stata riconosciuta per la stessa giornata su altre garanzie
- diaria per la parte eccedente i 30 giorni all'anno
- pernottamento in pronto soccorso

13. DENTI E LENTI

SOLO PER IL SOCIO

Cassa Mutua riconosce le spese sanitarie riferite alle voci denti e lenti del Socio.

MODALITA' DI RIMBORSO "A RIPARTO": per le spese sanitarie riferite a denti e lenti del Socio, data la notevole incidenza storica di tali sinistri sulle liquidazioni globali, vengono rimborsate inizialmente per un ammontare pari al 60% del totale rimborsabile (al netto quindi di eventuali franchigie), ciò a titolo di acconto provvisorio; solo a chiusura di esercizio, accertata la capienza delle risorse residue della Cassa Mutua per l'anno di riferimento, si può procedere al conguaglio del restante 40% del sinistro rimborsabile, o della diversa quota percentuale decisa dal Comitato (è il cosiddetto sistema del riparto, concordato tra le parti costitutive per contenere l'esborso entro le disponibilità economiche della Cassa Mutua).

I dipendenti che cessano il rapporto di lavoro prima della liquidazione del saldo 40%, dovranno premurarsi di comunicare l'eventuale aggiornamento del loro c/corrente.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 1.750 per anno solare, da intendersi unico e complessivo dei punti 13a. DENTI e 13b. LENTI

13a. DENTI

[Denti - Lenti Socio]

Cassa Mutua rimborsa le spese sostenute dal Socio per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche.

Solo per l'applicazione dell'apparecchio è prevista la possibilità di usare il massimale anche in aggiunta al massimale una tantum di € 1.500 previsto dalla garanzia 14. "Apparecchio Socio".

- Nel caso di prestazioni presso Studi Odontoiatrici convenzionati con Cassa Mutua è importante che il Socio si qualifichi quale nostro iscritto e si accerti che venga applicato il tariffario convenzionato e **che siano specificate le singole voci e importi nella fattura; in questo modo Cassa Mutua potrà verificare la corretta applicazione dello stesso.**
- L'elenco degli Studi Convenzionati e il relativo Tariffario sono pubblicati nell'Area Riservata.
- Se nella fattura non sono specificate le singole voci, Cassa Mutua ha la facoltà di richiedere ulteriori approfondimenti sulle prestazioni effettuate.
- Il trattamento "sbiancante" è rimborsabile una sola volta per anno solare.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 1.750 per il solo Socio, per anno solare, da intendersi unico e complessivo dei punti 13a. "Denti" e 13c. "Lenti".

NB: è importante che l'eventuale costo riferito alla radiologia dentale, ricondotta all'apposita garanzia 13b. con massimale annuo di € 100, sia specificata nella fattura

FRANCHIGIA:

- € 100 per fatture emesse da Studi Odontoiatrici convenzionati
- € 200 per fatture emesse da Studi Odontoiatrici NON convenzionati
- in presenza di fatture di acconto o di saldo ricondotto ad un "preventivo" di prestazioni da eseguire, all'interno dello stesso anno solare verrà applicata una franchigia unica.

Esempio: preventivo totale di prestazioni da eseguire € 1.800; sulla prima fattura di acconto per un ammontare di € 500 viene applicata la franchigia di € 200 (per Studio non convenzionato) e liquidato l'importo di € 300. **Le successive fatture emesse nello stesso anno solare dovranno sempre essere inviate entro 60 giorni** e saranno liquidate fino alla definizione del massimale annuo disponibile senza nessun'altra franchigia.

NB: il Socio deve allegare sempre il preventivo presentato inizialmente; in caso di modifiche/integrazioni dello stesso in corso d'anno, Cassa Mutua si riserva di richiedere una specifica del dentista che chiarisca le modifiche apportate.

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- fattura con specifica delle prestazioni
- se si prevedono pagamenti rateizzati: preventivo totale di spesa da allegare ad ogni richiesta

ESCLUSIONI: le spese “denti” per i familiari a carico; unicamente per i figli a carico di età entro i 16 anni è previsto il contributo una tantum di € 2.000 per l’apparecchio, come da garanzia 15.

GARANZIE AGGIUNTIVE

SOLO PER IL SOCIO

13b. ESAMI RADIOLOGICI PREVENTIVI E CURATIVI PER CURE DENTARIE [Denti - Lenti Socio]

Cassa Mutua eroga un contributo per le spese sostenute dal Socio per esami diagnostici preventivi e/o curativi per cure dentarie; se l’esame radiologico non è eseguito contestualmente alle prestazioni odontoiatriche, quindi presso altra struttura, il rimborso è previsto solo in presenza di apposita prescrizione medica.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 100 per anno solare, il valore è aggiuntivo rispetto al massimale unico e complessivo di € 1.750 dei punti 13a. “Denti” e 13c. “Lenti”

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- nella fattura del dentista è necessaria l’eventuale specifica con valore di spesa per l’esame radiologico
- nel caso di esami eseguiti presso altra struttura, è necessaria la prescrizione medica che confermi la necessità di esame connesso a cure dentarie

ESCLUSIONI: spese per i familiari a carico; unicamente per i figli a carico di età entro i 16 anni e con massimale annuo di € 100 è previsto il rimborso degli esami radiologici per l’applicazione dell’apparecchio, come da garanzia 15a.

13c. LENTI [Denti - Lenti Socio]

Cassa Mutua rimborsa le spese sostenute dal Socio per l’acquisto di un paio di lenti per occhiali da vista (NON la montatura) in occasione del cambio di visus, nei limiti del massimale previsto. Viene inoltre concessa la possibilità di rimborsare anche la spesa per la fornitura annuale di lenti a contatto, in presenza di difetto certificato del visus, sempre entro il massimale previsto.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 1.750 per anno solare, da intendersi unico e complessivo dei punti 13a. “Denti” e 13c. “Lenti”

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- per l’acquisto delle lenti degli occhiali: certificazione rilasciata dal medico oculista, o dall’ottico, attestante la modifica del visus o, in mancanza, la fattura dovrà riportare l’apposita dicitura “cambio lenti per modifica del visus”; tale dicitura è dovuta anche in caso di acquisto del primo paio di lenti. Il costo delle lenti dovrà essere esposto separatamente rispetto ad eventuali altre voci riportate in fattura
- per la fornitura delle lenti a contatto: certificazione rilasciata dal medico oculista, o dall’ottico, attestante il difetto del visus o, in mancanza, la fattura dovrà riportare l’apposita dicitura “per difetto del visus”
- nel caso di scontrino fiscale “parlante”, lo stesso dovrà essere accompagnato da apposita dichiarazione dell’ottico che attesti quanto previsto per le lenti; per occhiali: tipo, costo delle sole lenti e modifica del visus; per le lenti a contatto: il difetto del visus

ESCLUSIONI:

lenti per i familiari a carico. NB! Unicamente per i figli a carico di età entro i 22 anni è previsto il rimborso di lenti e montatura come da garanzia 15b.

14. APPARECCHIO ORTODONTICO DEL SOCIO**[Denti - Lenti Socio]**

Cassa Mutua eroga un contributo una tantum per le spese sostenute dal Socio per l'acquisto e l'applicazione dell'apparecchio ortodontico (non cure dentarie), debitamente specificato in fattura. Tale contributo viene erogato ad integrazione della garanzia 13a. "Denti"

MASSIMALE UNICO DI RIMBORSO (una tantum): € 1.500**DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)**

fattura con specifica che la spesa è riferita all'apparecchio

ESCLUSIONI:

- apparecchi ortodontici non fatturati da Studi Odontoiatrici
- apparecchio per i familiari a carico; unicamente per i figli a carico di età entro i 16 anni, con massimale unico e una tantum di € 2.000, è previsto il rimborso dell'apparecchio come da garanzia 15.

PRESTAZIONI RISERVATE AI FIGLI FISCALMENTE A CARICO

15. APPARECCHIO ORTODONTICO

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua eroga un contributo per le spese sostenute dal Socio per l'applicazione dell'apparecchio ortodontico (non cure dentarie) per i figli fiscalmente a suo carico entro il compimento del loro 16° anno di età (data della fattura entro il 16° anno di età).

MASSIMALE DI RIMBORSO UNA TANTUM: € 2.000 per ciascun figlio fiscalmente a carico entro il compimento del 16° anno di età. Il massimale è unico e non cumulabile se i genitori sono entrambi Soci di Cassa Mutua

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

fattura con specifica che la spesa è riferita all'apparecchio

ESCLUSIONI:

- apparecchi ortodontici non fatturati da Studi Odontoiatrici
- apparecchi ortodontici per figli non a carico del Socio o che abbiano già compiuto il 16° anno di età
- se il contributo è già stato riconosciuto al padre o alla madre entrambi Soci di Cassa Mutua

GARANZIA AGGIUNTIVA

15a. ESAMI RADIOLOGICI PER L'APPLICAZIONE DELL'APPARECCHIO

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua eroga un contributo per le spese sostenute dal Socio per i figli fiscalmente a carico entro il compimento del 16° anno di età relative a esami radiologici finalizzati all'applicazione di apparecchio ortodontico; se l'esame radiologico non è eseguito contestualmente alle prestazioni ortodontiche, quindi presso altra struttura, il rimborso è previsto solo in presenza di apposita prescrizione medica.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 100 per ciascun figlio fiscalmente a carico entro il compimento del 16° anno di età. Il valore è aggiuntivo rispetto al massimale unico e una tantum di € 2.000 riconosciuto per l'apparecchio dei figli; non è cumulabile se i genitori sono entrambi Soci di Cassa Mutua

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- nella fattura del dentista è necessaria l'eventuale specifica con valore di spesa per l'esame radiologico ed indicazione del dentista che confermi la necessità di eseguire tale esame per l'applicazione dell'apparecchio
- nel caso di esami eseguiti presso altra struttura, è necessaria la prescrizione medica che confermi la necessità di esame connesso all'applicazione dell'apparecchio

ESCLUSIONI:

- spese per figli non a carico del Socio o che abbiano già compiuto il 16° anno di età
- se il contributo è già stato riconosciuto al padre o alla madre entrambi Soci di Cassa Mutua

15b. OCCHIALI: LENTI E MONTATURA O LENTI A CONTATTO

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua, per ciascun figlio fiscalmente a carico entro il compimento del 22° anno di età (data della fattura entro il 22° anno di età) e in presenza di difetto visus, riconosce il rimborso per la spesa sostenuta dal Socio per l'acquisto di un paio di occhiali all'anno (lenti + montatura) o in alternativa per un solo acquisto annuo di lenti a contatto.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 250 per ciascun figlio entro il compimento del 22° anno di età. Il massimale è ANNUO unico e non cumulabile se i genitori sono entrambi Soci di Cassa Mutua

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- certificazione rilasciata dal medico oculista, o dall'ottico, attestante il difetto del visus
- fattura che, in mancanza di prescrizione del medico/ottico, riporti apposita dicitura che evidenzi il difetto del visus
- nel caso di scontrino fiscale "parlante", lo stesso dovrà essere accompagnato da apposita dichiarazione dell'ottico che attesti quanto previsto: difetto visus e costo degli occhiali; per le lenti a contatto: il difetto di visus

ESCLUSIONI:

- spese per figli non a carico del Socio o che abbiano già compiuto il 22° anno di età
- spese già rimborsate al padre o alla madre entrambi Soci di Cassa Mutua

15c. PRESTAZIONI LEGATE AI DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO O PER DISTURBI PSICOLOGICI

[Altre Prestazioni]

In compartecipazione con le prestazioni specialistiche previste al punto 7. e per i figli fiscalmente a carico fino al compimento del 18° anno di età, Cassa Mutua rimborsa le spese sostenute dal Socio per le prestazioni rivolte a percorsi valutativi e riabilitativi previsti in presenza di Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) o Difficoltà di Apprendimento di tipo Non Specifico (DNSA). Sono pertanto rimborsate le spese per le valutazioni e successive certificazioni, i percorsi riabilitativi e gli apprendimenti scolastici per:

- Dislessia (Disturbo Specifico della Lettura)
- Disortografia (Disturbo Specifico della Correttezza Ortografica)
- Disgrafia (Disturbo Specifico della Scrittura)
- Discalculia (Disturbo Specifico del Calcolo)
- Disturbi dell'Apprendimento di tipo Misto (DSA del calcolo + DSA della letto/scrittura o DSA in comorbilità con disturbo di attenzione)
- Difficoltà di Apprendimento di tipo non specifico (in quadri di Disturbo di Linguaggio, di Deficit delle Funzioni di Controllo, di Funzionamento Cognitivo Limite).

E' prevista inoltre la possibilità per il Socio di richiedere su questa garanzia il rimborso per cicli di terapia di tipo psicologico (a titolo indicativo e non esaustivo) quali: disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbo bipolare, disturbo dell'alimentazione, ecc.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 500 per ciascun figlio entro il compimento del 18° anno di età. Il massimale è annuo e non cumulabile se i genitori sono entrambi soci di Cassa Mutua

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- per i percorsi riabilitativi legati ai disturbi dell'apprendimento è richiesta l'eventuale certificazione rilasciata dall'Azienda Sanitaria competente o relazione clinica del medico competente che attesti la problematica relativa all'apprendimento
- per i disturbi psicologici è richiesta l'indicazione della problematica nella prescrizione della terapia
- la prescrizione del MMG; in caso di prescrizione di uno specialista deve essere rilasciata da medico diverso da chi effettua la prestazione; il documento dovrà riportare data antecedente (ma non superiore a 365 giorni) o uguale a quello del documento fiscale della spesa sostenuta

ESCLUSIONI:

- eventuali supporti/aiuti di cui non sia certificata la necessità per difficoltà scolastiche (es. aiuto nei compiti, organizzazione dei tempi di studio, ecc.)
- spese per figli non a carico del Socio o che abbiano già compiuto il 18° anno di età
- spese già rimborsate al padre o alla madre entrambi Soci di Cassa

15d. MALATTIE DI CARATTERE ONCOLOGICO E INVALIDITA'

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce, ai figli fiscalmente a carico del Socio che soffrano di malattie di carattere oncologico o siano titolari di invalidità certificata (*), le "Garanzie Aggiuntive" previste al punto 8. "Malattie di carattere oncologico e invalidità certificata", quali: 8b. "Spese per vitto e alloggio - malattia di carattere oncologico", 8c. "Spese Viaggio - malattia di carattere oncologico" e 8d. "Trattamento Day Hospital su più giorni consecutivi".

Per massimali, documentazione ed esclusioni si veda quanto indicato agli specifici punti di tali garanzie.

(*) certificazione con classificazione in base all'età:

- per il figlio di età superiore ai 18 anni con invalidità certificata pari o superiore al 74%
- per il figlio minore: il requisito è che siano certificate le difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o l'invalidità totale

Ad integrazione di quanto previsto nella sezione DOCUMENTAZIONE si precisa che:

- la certificazione attestante la malattia oncologica, la certificazione attestante l'invalidità permanente (pari o superiore al 74%) o la certificazione delle condizioni di cui sopra, dovrà essere rilasciata dall'Azienda Sanitaria competente. NB! Se la certificazione riporta un'indicazione temporale, verificare che sia in corso di validità
- se non è stato aggiornato il profilo del familiare e caricata la certificazione o si invia la pratica tramite e-mail, il documento dovrà essere presentato o integrato in ciascuna richiesta

16. CURE TERMALI

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua, al Socio e ai suoi familiari fiscalmente a carico, rimborsa le spese specialistiche per le cure termali effettuate presso Istituti Termali convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. Per il riconoscimento del rimborso è necessario che l'istituto Termale sia collocato nella regione di residenza del Socio o in una delle regioni confinanti.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 500 da intendersi unico e complessivo per Socio e familiare fiscalmente a carico

SCOPERTO:

- 20% in caso di prestazioni eseguite in regime privato
- nessuno, rimborso integrale, per prestazioni rese dal SSN in regime pubblico (ticket rimborsato al 100%)

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- prescrizione del MMG o prescrizione di uno specialista, quest'ultimo dovrà dichiarare l'alterazione dello stato di salute che rende necessario il trattamento termale (diagnosi e/o patologia)
- fattura o altro documento fiscale che attesti il pagamento

ESCLUSIONI: non è previsto alcun rimborso per spese di viaggio, vitto e pernottamento

17. APPARECCHI E AUSILI PER PERSONE AFFETTE DA DIABETE

[Altre Prestazioni]

Cassa Mutua, al Socio e ai suoi familiari fiscalmente a carico, rimborsa le spese sostenute per:

- acquisto prima apparecchiatura CGM (Continuous Glucose Monitoring) o flash monitoring
- acquisto materiale di consumo e parti di ricambio utili al funzionamento dell'apparecchiatura stessa

MASSIMALE DI RIMBORSO:

- a) massimale annuo di € 600 per acquisto prima apparecchiatura
- b) massimale annuo di € 1.000 per acquisto materiale di consumo in presenza di diabete tipo 1
- c) massimale annuo di € 600 per acquisto materiale di consumo in presenza di diabete tipo 2

DOCUMENTAZIONE – PRESCRIZIONI (da presentare)

- per punto a) prescrizione del medico diabetologo attestante la motivazione per la quale è utile l'impiego di apparecchio CGM o flash monitoring
- per punto b) prescrizione del medico diabetologo attestante la presenza di diabete tipo 1
- per punto c) prescrizione del medico diabetologo attestante la presenza di diabete tipo 2

18. COVID19: TAMPONE (TEST MOLECOLARE) O TEST RAPIDO ANTIGENICO [Altre Prestazioni]

Cassa Mutua riconosce un contributo annuo per le spese sostenute dall'Assistito (Socio e familiari a carico) per tampone (test molecolare) o test rapido antigenico utili a diagnosticare l'eventuale presenza del virus Covid19. NON SERVE L'IMPEGNATIVA/PRESCRIZIONE del MMG o specialista e possono essere rimborsati anche i tamponi/test eseguiti presso le farmacie.

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 30 per il Socio e ciascun familiare a carico

ESCLUSIONI: test sierologici o test rapidi "fai da te" acquistati presso farmacie o punti vendita commerciali.

19. SPESE ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE DI NATURA “NON ORDINARIA”

FONDO SPERIMENTALE E PLAFOND 560MILA EURO

[Integrative]

Il plafond massimo previsto per questa tipologia di prestazione è di 560.000 euro. **Rientrano in questa casistica le spese odontoiatriche ed ortodontiche di natura “non ordinaria” che comportano un esborso complessivo superiore a 4.000 euro.** (cfr. istruzioni nella sezione “Documenti” in Area Riservata).

È previsto il rimborso per un unico intervento nel corso dell’anno solare: nel caso in cui il Socio dovesse sottoporsi a più sedute riguardanti lo stesso intervento, è necessario presentare il preventivo delle prestazioni da eseguire.

Il termine massimo di presentazione è 60 gg dalla data dell’ultima fattura. Trattandosi di un fondo sperimentale che vedrà la liquidazione nei primi mesi dell’anno successivo, **per le fatture datate novembre e dicembre il termine massimo di presentazione dei documenti è il 15 gennaio dell’anno successivo.**

IMPORTO MINIMO DI SPESA: € 4.000 per spese odontoiatriche ed ortodontiche di natura “non ordinaria”

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 5.000 per il Socio per anno solare, da intendersi unico

SCOPERTO: 30%

DOCUMENTAZIONE (da presentare)

- fattura con specifica delle prestazioni;
- se si prevedono pagamenti rateizzati, preventivo totale di spesa.

ESCLUSIONI: le spese odontoiatriche ed ortodontiche “ordinarie” (importo inferiore a € 4.000); le spese “denti” per familiari a carico.

20. COPERTURA IN CASO DI MORTE PER MALATTIA

FONDO SPERIMENTALE E PLAFOND 300MILA EURO

[Integrative]

La copertura in caso di morte del Socio dovuta a malattia prevede un plafond massimo di 300.000 euro e un importo per evento di 50.000 euro (una tantum). La liquidazione avverrà nei primi mesi dell’anno successivo. In questo modo, nel caso in cui nell’anno solare si registrassero più eventi rispetto al massimo previsto (n° 6 casi), il plafond verrà equamente ridistribuito sul numero totale degli eventi.

BENEFICIARI: eredi legittimi

MASSIMALE UNICO DI RIMBORSO (una tantum): € 50.000

DOCUMENTAZIONE (da presentare ed inviare tramite mail a: cassamutua.tn@cooperazionealute.it)

- certificato di morte;
- informativa e consenso privacy;
- relazione del medico curante sulle cause del decesso;
- copia del testamento (pubblicato) o, in assenza, atto notorio (o dichiarazione sostitutiva – non ammessa autocertificazione) attestante che il decesso è avvenuto in assenza del testamento, con l’indicazione (se del caso) degli eredi legittimi;
- decreto del Giudice Tutelare nel caso di beneficiari di minore età o interdetti, con l’indicazione della persona designata alla riscossione;
- copia del Codice Fiscale e di un documento di riconoscimento in corso di validità dei beneficiari;
- coordinate IBAN e intestazione del conto corrente dei beneficiari;
- dichiarazione di successione (nel caso in cui ricorrano i presupposti per l’esonero, gli eredi devono presentare l’autocertificazione di esonero dall’obbligo di presentazione della denuncia di successione).

ESCLUSIONI: morte per cause naturali; malattie infettive epidemiche di carattere pandemico; malattie intenzionalmente procurate; abuso di alcol; uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci; negligenza se è comprovato che il Socio di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute.

LIMITE DELLE PRESTAZIONI

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, escluso quanto previsto alla garanzia 5;
- chirurgia plastica a scopo estetico salvo per i figli a carico che non abbiano compiuto il 12° anno di età e per quanto previsto alla garanzia 1;
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le conseguenze della pratica di sport aerei, sport estremi e della partecipazione a gare e corse motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura). Sono considerati **sport estremi** quelle attività sportive anche tradizionali, ma accomunate dalla ricerca di emozioni straordinarie ottenute attraverso la sperimentazione del pericolo ed un intenso impegno fisico. Queste attività implicano elevati rischi di incolumità fisica a causa di forti velocità, elevate altezze, sforzi fisici, ambienti estremi, durata delle prestazioni;
- ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e simili) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- ricoveri per malattie mentali e gravi disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso.

Le prestazioni valgono per il mondo intero, ma ricordiamo che la copertura sanitaria di Cassa Mutua non è un'assicurazione. In caso di referti redatti in lingua estera sarà necessario allegare relativa traduzione certificata.

INTERVENTI SUL FONDO MUTUALITA': PER SOCI E FAMILIARI A CARICO

Questo Fondo è stato costituito per coprire interventi di carattere straordinario a favore degli Assistiti per spese legate a situazioni di particolare significatività e/o non previste nell' "Elenco prestazioni rimborsabili" attualmente in vigore.

Pertanto i Soci che nel corso del corrente anno avessero sostenuto spese sanitarie, per sé o per i propri familiari fiscalmente a carico, di **carattere "straordinario" strettamente connesse a patologie invalidanti o di evidente gravità e delicatezza**, potranno inviare la propria richiesta che illustri brevemente le motivazioni della stessa, le fatture delle spese sostenute e la documentazione utile alla definizione della situazione.

Nel mese di dicembre Cassa Mutua è solita inviare ai Soci apposita mail con tutte le indicazioni e i termini di presentazione.

Entro i primi mesi dell'anno successivo, il Comitato di Gestione, esaminate le domande pervenute, provvede a dare riscontro e riconoscere l'eventuale contributo.

COPERTURA LONG TERM CARE (*)

La copertura LTC (per la non autosufficienza permanente) prevede:

a) **Copertura per la "Non Autosufficienza"**: prevista contrattualmente per i Soci e, per adesione volontaria, per i proscrittori (ex dipendenti) e coniugi o conviventi more uxorio.

b) **Pacchetto "Prevenzione Annuale"**: valido solo per il Socio (dipendente in forza), composto da:

- esami specifici del sangue
- visita ginecologica o urologica

effettuati senza scoperti o franchigie presso le strutture convenzionate con Unisalute SpA.

La ricerca dell'ambulatorio o dello specialista e la successiva prenotazione possono essere effettuate online o scaricando l'APP Unisalute. **Per i nuovi iscritti, visto che i dati vengono acquisiti con cadenza trimestrale, sarà necessario attendere che l'assicurazione effettui l'aggiornamento delle anagrafiche (normalmente da uno a quattro mesi dalla data dell'assunzione).**

c) **Critical Illness**: valida solo per il solo Socio (dipendente in forza). Indipendentemente dalla non autosufficienza, al Socio (dipendente in forza) viene erogato un importo di € 7.000, formalizzando richiesta entro 60 giorni dall'evento, se:

- è diagnosticata una grave malattia (cardiovascolare, cerebrovascolare, tumorale, insufficienza renale...)
- è stato effettuato un trapianto (di cuore, fegato, polmone, rene, pancreas, midollo spinale) oppure un intervento al cuore (by-pass, angioplastica, riparazione/sostituzione valvole)
- si manifesta una patologia neurodegenerativa (SLA, Parkinson, Alzheimer).

d) Ai Soci e, in forma più limitata ai proscrittori o coniugi, la Compagnia rifonde, se non autosufficienti (LTC), le **spese per adeguamento delle strutture domestiche** fino a € 2.250/anno. Per gli ex-dipendenti la garanzia vale se la non autosufficienza dipende da evento accaduto quando erano in forza.

e) Per tutti gli Assicurati opera la garanzia **"Diagnosi Comparativa"** ovvero l'organizzazione, per le gravi malattie elencate in polizza, di un consulto medico affidato a uno specialista facente parte di un rinomato network internazionale.

(*) ATTENZIONE: questa nota va considerata come uno strumento di prima informazione, ovviamente non sostituisce il testo di polizza. Per approfondimenti di carattere generale o personale la Segreteria Amministrativa potrà mettere in contatto l'interessato col broker incaricato da Cassa Mutua Trentina. TUTTI I DOCUMENTI SULLA LTC E GARANZIE PREVISTE SONO PUBBLICATI NELL'AREA RISERVATA.

Per quanto riguarda la ricevuta del premio pagato per il coniuge o convivente more uxorio si precisa che Cassa Mutua ha scelto di non entrare nel merito della detraibilità del premio di rinnovo pagato ad ottobre, ma a chi ne farà espressa richiesta al contatto: segreteria@cassamutuatrentina.it (indicativamente a partire dal successivo mese di aprile) verrà inviata copia della ricevuta di pagamento predisposta dal broker.

RIFERIMENTI E CONTATTI

PAGINA WEB

<https://www.cassamutuatrentina.it>

Sul sito sono presenti i link di collegamento alle **FAQ**, alle **NEWS** e all'**AREA RISERVATA**.

AREA RISERVATA

<https://areariservata.cassamutuatrentina.it>

L'Area Riservata è la modalità più agevole per presentare le proprie richieste di rimborso.

Per iscriversi non servono credenziali. Si procede con la funzione di "prima registrazione" inserendo i dati richiesti (NB: inserire il codice fiscale con caratteri maiuscoli). La mail (che è il "nome utente") può essere personale o aziendale: il nostro consiglio è quello di utilizzare una mail personale.

L'accesso alla propria area riservata è possibile da qualsiasi dispositivo (PC - cellulare - tablet).

Ricordiamo che molte delle informazioni sono facilmente reperibili nella propria AREA RISERVATA alla sezione "Documenti".

Tramite l'Area Riservata, è possibile:

- chiedere e ricevere informazioni
- consultare lo stato di lavorazione delle pratiche
- inviare eventuali documenti integrativi
- consultare l'Elenco Prestazioni in vigore e le relative informative
- consultare il Tariffario e relativo Elenco dei Dentisti convenzionati, ricercabili tramite località/mappa
- acquisire la "nota di cortesia" riepilogativa dei rimborsi ottenuti nelle varie annualità.

35

CONTATTI UFFICIO PRESTAZIONI INFORMAZIONI E ASSISTENZA SULLE PRESTAZIONI E SUI RIMBORSI

- Telefono **0461.1754100**
- e-mail cassamutua.info@cooperazionesalute.it
- **tramite form** presente nell'Area Riservata

Dedicati esclusivamente ai Soci di Cassa Mutua con la seguente modalità di riscontro: entro il giorno lavorativo successivo riceverai risposta o sarai richiamato, in orario d'ufficio, al numero di telefono da cui hai chiamato (evitare pertanto numeri di centralino).

CONTATTI COMITATO DI GESTIONE E SEGRETERIA AMMINISTRATIVA

Il presidente o il Comitato di Gestione di Cassa Mutua sono a disposizione per il tramite della referente della nostra Segreteria Amministrativa ai seguenti contatti:

telefono **0461.1788992** - email presidenza@cassamutuatrentina.it

La Segreteria Amministrativa è a disposizione per richieste riferite alla propria iscrizione o alla copertura Long Term Care: telefono **0461.1788992** - email segreteria@cassamutuatrentina.it

MUTUA CST

E' la Mutua che, in collaborazione con Cooperazione Salute SMS, è incaricata dalla Cassa Mutua Trentina a svolgere la maggior parte delle attività, in particolare la gestione dei rimborsi e del servizio informazione ai Soci.

ORGANI DELLA CASSA MUTUA TRENTINA

A seguito delle modifiche statutarie deliberate dall'Assemblea degli iscritti del 2-6 dicembre 2024, sono organi della Cassa Mutua (art. 9 dello Statuto):

- l'Assemblea dei Delegati;
- il Comitato di Gestione;
- il Collegio dei Revisori.

L'elezione degli organi avviene secondo i criteri di trasparenza e democraticità indicati *dall'art. 148, comma 8, lett. e), D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917* e successive modificazioni e integrazioni.

A giugno 2024 si è svolta l'Assemblea Ordinaria dei Soci che ha votato i 4 rappresentanti delle lavoratrici e lavoratori, ai quali si sono aggiunti i 4 nominati dalla Federazione Trentina in rappresentanza della parte datoriale.

Complessivamente i membri del Comitato di Gestione sono 8 e rimarranno in carica per 3 esercizi.

Per i Collegio dei Revisori i Soci hanno votato i 2 Revisori effettivi e la Federazione Trentina ha nominato il presidente.

A seguito delle dimissioni di Alessio Zanoni dalla carica di Presidente di Cassa Mutua Trentina, il Comitato di Gestione nella giornata del 29 maggio 2025 ha provveduto a nominare Paola Lepore quale nuova Presidente.

Comitato di Gestione

Paola Lepore – presidente
Dennis Deavi – vice presidente
Marco Baruzzi
Grazia Beretta
Flavio Broch
Silvana Fia
Marco Misconel
Alessio Zanoni

Collegio dei Revisori

Giovanni Raffaelli - presidente
Alessandra Bellini
Giuliano Ferrari

INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA RESA AI SENSI DEGLI ART.13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (PRIVACY)

Ai sensi della normativa europea e nazionale in materia di protezione dei dati personali La informiamo che i Suoi dati personali verranno trattati in qualità di **Titolare del trattamento** dalla società **Cassa Mutua** per il Personale Dipendente delle Casse Rurali – Bcc e degli Enti collegati della provincia di Trento, con sede in Trento, via Segantini 10, presso la Federazione Trentina della Cooperazione e dal **Responsabile del trattamento**, nominato dal Titolare:

Mutua CST, Via Segantini 10, 38122 TRENTO

Tel. 0461 1788990 - Fax 0461 178802 – e-mail: privacy@cooperazionesalute.it

che per la gestione dei piani sanitari integrativi, si avvale a sua volta della società:

Cooperazione Salute Società di Mutuo Soccorso, Via Segantini 10, 38122 TRENTO

Tel. 0461 1788990 - Fax 0461 178802 – e-mail: privacy@cooperazionesalute.it

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Incaricati del trattamento sono i collaboratori di Cooperazione Salute a ciò espressamente designati nonché eventuali collaboratori di enti territoriali di riferimento indicati da Confcooperative e sue articolazioni regionali, provinciali e federative.

Cooperazione Salute ha nominato il Responsabile per la protezione dei dati (RDP), con sede presso la stessa società e indirizzo e-mail rdp@cooperazionesalute.it. Possono venire a conoscenza dei Suoi dati, in qualità di **Responsabili del trattamento** espressamente nominati, altre società di cui Cooperazione Salute si avvale nell'erogazione del servizio. L'elenco di tali responsabili può essere richiesto in qualsiasi momento a Cooperazione Salute.

NOTE ESPLICATIVE - PRESENTAZIONE RICHIESTE

Nel presentare le richieste di rimborso, raccomandiamo di seguire le indicazioni relative alle singole garanzie e presentare la documentazione prevista e meglio specificata nell'Elenco Prestazioni.

Ricordiamo che le richieste di rimborso devono essere sempre accompagnate da copia della prescrizione del MMG o certificazione del medico specialista (che non deve essere lo stesso che ha effettuato la prestazione); questo vale anche per le prestazioni in regime privato (escluse le prestazioni odontoiatriche).

Solo per informazioni aggiuntive o richiesta documentazione integrativa, verrà inviata al Socio apposita comunicazione. A tale comunicazione, il Socio dovrà dare riscontro fornendo i chiarimenti e/o i documenti richiesti entro il termine indicato.

RICHIESTE DI RIMBORSO PRESENTATE TRAMITE AREA RISERVATA

L'utilizzo dell'**Area Riservata**, <https://areariservata.cassamutuotrentina.it>, è la modalità più agevole per predisporre ed inviare la propria richiesta di rimborso. Inoltre, aggiornando il proprio profilo, è possibile:

- a) registrare i dati dei "familiari a carico", per beneficiare delle prestazioni sanitarie per loro previste;
- b) acquisire e registrare, per un periodo fisso o illimitato, i dati di riferimento per beneficiare – per sé o per i familiari a carico – delle "agevolazioni" legate a particolari condizioni di salute.

a) Registrazione dei dati anagrafici dei familiari a carico e acquisizione del documento fiscale utile alla presentazione delle spese sanitarie per loro sostenute

Tale modalità di registrazione permette di acquisire una sola volta all'anno la documentazione utile per il riconoscimento della copertura sanitaria prevista per i familiari a carico (figli, coniuge o convivente more uxorio): è sufficiente aggiornare il proprio profilo inserendo i dati anagrafici dei familiari aventi diritto e allegare copia del documento fiscale che ne evidenzia lo status "a carico" (ovvero il frontespizio del mod. 730 o del mod. Unico). Tale documento avrà validità 12 mesi nel periodo convenzionale che andrà dal 1° agosto dell'anno di rilascio al 31 luglio dell'anno successivo.

Inoltre, per beneficiare dei rimborsi per i figli maggiorenni, il coniuge o convivente more uxorio a carico, è obbligatorio caricare l'autocertificazione per i soggetti a carico (rif. **Allegato B**).

Per i figli a carico minorenni, le dichiarazioni richieste sono integrate nella fase di invio della richiesta di rimborso selezionando la funzione "Dichiaro che" (passo 3 della procedura).

Se non è stata correttamente completata la registrazione o in presenza di certificazioni scadute, è inibita la possibilità di presentare le richieste di rimborso. Inoltre, se nella fase di invio non verrà selezionato il "beneficiario" il sistema non potrà accorpate in automatico la documentazione presente nel profilo dei familiari a carico e dovrà essere fornita ad integrazione.

b) Acquisizione delle certificazioni richieste per beneficiare delle «agevolazioni» riconducibili a:

- **patologie di tipo oncologico;**
- **invalidità permanente (pari o superiori al 74%);**
- **prestazioni legate alla gravidanza.**

Per beneficiare di tali "agevolazioni", per sé o per i familiari a carico, è possibile aggiornare il proprio profilo selezionando la voce prevista e caricare la certificazione da apposita procedura; in particolare:

- malattia di carattere oncologico: fornire copia della certificazione rilasciata dall'Azienda Sanitaria competente;
- riconosciuta invalidità certificata dall'Azienda Sanitaria competente pari o superiore al 74%: fornire copia della certificazione rilasciata dall'Azienda Sanitaria;
- stato di gravidanza (per il riconoscimento delle prestazioni riconducibili): fornire copia della certificazione che attesti la data presunta del parto e che sarà il termine di validità.

Se non è stata correttamente completata la registrazione o in presenza di certificazioni scadute, non saranno riconosciute tali «agevolazioni».

Per i malati cronici (che non rientrano nei casi di cui sopra) non è prevista l'esenzione alla franchigia.

Ricordiamo che le certificazioni acquisite non esonerano il Socio dal presentare la prescrizione del medico o specialista così come meglio specificate nell'elenco prestazioni.

Se la procedura non è stata formalizzata, la richiesta per i familiari dovrà essere completata con la documentazione prevista e meglio specificata al punto "invio tramite mail".

RICHIESTE DI RIMBORSO INVIATE TRAMITE MAIL

Il Socio che invia la sua richiesta tramite mail a ***cassamutua.tn@cooperazionealute.it*** deve allegare a ciascuna richiesta:

- domanda di rimborso controfirmata nei campi previsti;
- documento fiscale che attesti lo status a carico dei familiari;
- per i familiari maggiorenni l'autocertificazione, debitamente compilata e controfirmata (rif. **Allegato B**);
- eventuali certificazioni per l'esonero all'applicazione di scoperti o franchigie (per invalidità pari o superiore al 74% o malattia oncologica) e agevolazione per le prestazioni per lo stato di gravidanza.

Il modulo per la richiesta di rimborso (rif. **Allegato A**) deve essere compilato in ogni sua parte, in maniera leggibile, sottoscritto dal Socio e dall'eventuale familiare a carico.

L'autorizzazione alla gestione dei dati secondo quanto previsto dal nuovo Regolamento UE 2016/679 è necessaria per la gestione del rimborso e deve pertanto essere allegata, se non sottoscritta in precedenza. In mancanza, non sarà possibile procedere al rimborso.

Se il rimborso è riferito ad un familiare a carico, al modulo di rimborso cartaceo va allegato il frontespizio del mod. 730 (o documento equivalente) del Socio e la restante documentazione, così come meglio specificato in ogni garanzia.

Per il familiare a carico o convivente more uxorio, maggiorenne, dovrà essere allegata l'autocertificazione con la quale sia dichiarata la convivenza e lo status "a carico" per non aver superato il limite di reddito previsto da indicazioni fiscali.

Tale documento avrà validità 12 mesi nel periodo convenzionale 1° agosto - 31 luglio dell'anno successivo.

Se il familiare a carico è maggiorenne il modulo dovrà essere sottoscritto dal Socio e anche dal familiare.

Si raccomanda di predisporre separatamente le richieste per sé o per ciascun familiare a carico, selezionando l'apposita tipologia di spesa (rilevabile a dx di ciascuna garanzia):

- spese a rimborso ordinario **[Altre Prestazioni]**
- spese rimborsate a riparto **[Denti - Lenti Socio]**
- spese con rimborso a chiusura esercizio per Fondo Sperimentale **[PMA - Fdo Sperimentale] - [Integrative]**

NB: in ciascuna garanzia (a dx) è riportata la tipologia di prestazione da selezionare fra quelle elencate in Area Riservata: **[Altre Prestazioni] - **[Denti - Lenti Socio]** - **[PMA - Fondo Sperimentale]** - **[Integrative]****

Si ricorda inoltre che, ove previsto, la richiesta di rimborso deve essere accompagnata da prescrizione del MMG o di uno specialista (non di chi svolge la prestazione) e che, **sia l'impegnativa del MMG che la certificazione dello specialista, dovranno essere di data antecedente (ma non superiore a 365 giorni) o uguale a quella del documento relativo alla spesa sostenuta.**

L'eventuale richiesta di ulteriore documentazione integrativa è auspicabile per i soli casi particolari che prevedessero degli approfondimenti finalizzati al rimborso.

I documenti di spesa, ricevute, parcelle, fatture e simili, per essere rimborsabili devono essere conformi alla normativa fiscale tempo per tempo vigente. Non hanno pertanto validità le ricevute PagoPA, ma la fattura resa disponibile dopo il pagamento che, come tutte quelle emesse elettronicamente, si può acquisire nel proprio profilo nel sito dell'Agenzia delle Entrate.

**FAMILIARI MAGGIORENNI: AUTOCERTIFICAZIONE DA FORNIRE COMPILATA E CONTROFIRMATA
- PER OGNI LORO RICHIESTA INVIATA TRAMITE E-MAIL o da integrare (+ Dichiarazione Fiscale)
- da caricare in Area Riservata nel profilo di ciascun familiare (+ Dichiarazione Fiscale)**

AUTOCERTIFICAZIONE PER FAMILIARI A CARICO o CONVIVENTE MORE UXORIO - MAGGIORENNI

Come previsto dall'elenco prestazioni al punto “Familiari a carico – Documentazione”, la presente è parte integrante di ciascuna richiesta di rimborso quale integrazione delle dichiarazioni fornite in sede di presentazione delle relative richieste.

Essa è riferita all'anno fiscale indicato e confermato dal Socio.

Io sottoscritto in qualità di Socio/beneficiario della Cassa Mutua Trentina, confermo che, secondo regolamento, tale dichiarazione è riferita all'anno fiscale **202** e sarà valida per l'anno convenzionale **01/08/202 - 31/07/202**

dichiaro inoltre che il soggetto a cui si riferisce la prestazione sanitaria da me presentata è:

- a) un mio familiare fiscalmente a carico (coniuge o figlio), così come rilevabile dalla documentazione fiscale fornita e da lui asserito al punto 1. DICHIARAZIONI;
- b) il mio convivente more uxorio che, inserito nel mio stato di famiglia, è a mio carico perché nell'anno d'imposta di riferimento non ha superato il limite di reddito annuale previsto, come da lui asserito al punto 2. DICHIARAZIONI;
- c) *(solo se rientra nel caso)* in qualità di ex dipendente “esodato”, non potendo fornire dichiarazione fiscale che ne dimostri lo status a carico, dichiaro che il mio familiare o convivente more uxorio non dispone di proprio reddito.

Sono consapevole che Cassa Mutua potrà effettuare delle verifiche approfondite e delle conseguenze, in caso di dichiarazioni non veritiere; dichiaro inoltre che il mio familiare o convivente more uxorio è a conoscenza di quanto da me inviato e delle dichiarazioni da me fornite.

Firma Socio _____

DICHIARAZIONI

1. familiare (coniuge o figlio) fiscalmente a carico

Io Sottoscritto familiare maggiorenne fiscalmente a carico, confermo le dichiarazioni qui rese dal mio familiare Socio/beneficiario (*comprese quelle in calce **) e, dichiarando di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali, acconsento al trattamento dei miei dati personali, sia comuni che sensibili, da parte di Cassa Mutua, e alla loro comunicazione a Cooperazione Salute e Mutua CST nei limiti indicati dall'informativa.

Data _____ Firma familiare _____

2. convivente more uxorio a carico

Io Sottoscritto convivente “more uxorio” dichiaro di essere fiscalmente a carico per non aver superato nell'anno fiscale indicato il limite di reddito previsto, confermo quanto dichiarato dal mio convivente Socio/beneficiario (*comprese quelle in calce **) e, dichiarando di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali, acconsento al trattamento dei miei dati personali, sia comuni che sensibili, da parte di Cassa Mutua Trentina, e alla loro comunicazione a Cooperazione Salute e Mutua CST nei limiti indicati dall'informativa.

Data _____ Firma convivente more uxorio _____

(*) Dichiara che richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, sulla base di quanto previsto dalla propria copertura sanitaria. Allega copie delle **documentazioni di spesa** (fatture e/o note di spesa valide ai fini fiscali), **copie delle prescrizioni mediche** (impegnativa del Medico di medicina generale/ certificato del Medico Specialista attestante il sospetto diagnostico), e **altra documentazione segnalata nell'elenco prestazioni**, della cui autenticità si assume la piena responsabilità. Se il familiare a carico maggiorenne o il convivente more uxorio dispone di **altre forme di copertura sanitaria privata**, o risulta beneficiario di **risarcimenti da parte di enti pubblici o privati**, il sottoscritto si impegna a comunicare a Cassa Mutua l'importo degli eventuali rimborsi percepiti per lo stesso evento sanitario per cui presenta richiesta di rimborso. Dichiaro di aver preso visione dell'informativa a me resa ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati personali, e acconsento al trattamento dei miei dati sensibili, ovvero dei dati personali, anche sensibili, della persona a cui si riferisce la prestazione, da parte della Cassa Mutua, e alla loro comunicazione a Cooperazione Salute e Mutua CST nei limiti indicati dall'informativa.