

CASSA MUTUA NAZIONALE

per il Personale delle Banche di Credito Cooperativo

ANNO SANITARIO
2006

PRONTUARIO
DELLE PRESTAZIONI

ATTENZIONE !!!

Il presente prontuario è stato redatto a cura del Coordinamento Nazionale delle B.C.C., per una rapida consultazione delle prestazioni, della documentazione necessaria, dei massimali e degli scoperti, contenuti nel REGOLAMENTO SANITARIO 2006 emanato dalla Cassa Mutua Nazionale.

I contenuti del presente prontuario non sono esaustivi di tutte le previsioni del **REGOLAMENTO SANITARIO 2006**. Non si risponde di eventuali inesattezze od omissioni.

Gli iscritti alla Cassa Mutua Nazionale devono SEMPRE far riferimento al **REGOLAMENTO SANITARIO 2006** e alle disposizioni impartite della Cassa Mutua Nazionale.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

ARTICOLO 5 - PRESTAZIONI OSPEDALIERE

- 5.1) **Ricovero, con o senza intervento chirurgico ed interventi chirurgici effettuati ambulatorialmente ed in Day Hospital**
- 5.1.1) In caso di intervento chirurgico ed aborto terapeutico, effettuati in istituto di cura in regime di ricovero
 - 5.1.2) In caso di ricovero in Istituto di cura che non comporti intervento chirurgico
 - 5.1.3) In caso di interventi chirurgici che non comportino pernottamento, effettuati ambulatorialmente ed in day hospital
- 5.2) **Ricovero per parto**
- 5.2.1) In caso di Parto Cesareo
 - 5.2.2) In caso di Parto non cesareo
 - 5.2.3) Trattamento terapeutico in regime di ricovero per i neonati nei primi 30 giorni di vita
- 5.3) **In caso di intervento laser per correzione di difetto rifrattivo di uno od entrambi gli occhi**
- 5.4) **Anticipazioni**
- 5.5) **Diarie – Prestazioni sostitutive**
- 5.5.1) Ricovero con intervento e parto spontaneo
 - 5.5.2) Ricovero senza intervento
 - 5.5.3) Neonati sottoposti a trattamento terapeutico
 - 5.5.4) In caso di Day Hospital / Day Surgery

INDICAZIONI SULLA DOCUMENTAZIONE

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

1. **Cartella clinica** rilasciata dalla struttura in copia conforme per tutti i casi di ricovero con e senza intervento chirurgico, parto spontaneo e con taglio cesareo, day hospital e day surgery.
 2. **Fattura della struttura sanitaria** (casa di cura, ospedale, ecc...) con indicazione, in forma analitica, delle spese sostenute per :
degenza, ospitalità accompagnatore, sala operatoria, medicinali, cure e terapie, esami diagnostici ed ogni altra spesa sanitaria di competenza della struttura.
Sono escluse le spese riguardanti il confort (supplementi telefono, televisore, frigobar e quant'altro), i costi amministrativi, di segreteria e rilascio della cartella clinica, i bolli e le spese non sanitarie.
La fattura dovrà riportare in forma analitica il dettaglio di tutte le spese. La Cassa Mutua potrà richiedere eventuali ulteriori dettagli.
 3. **Fatture/parcelle/ricevute** (tutte in esenzione di IVA come previsto dal D.P.R. 26 ottobre 1972 N° 633 art. 10, N° 18) e 19), e successive modificazioni) riguardanti prestazioni mediche dell'equipe che ha svolto l'intervento (chirurgo, aiuto, anestesista, personale paramedico, ecc...), risultanti dalla cartella clinica.
Se sulle fatture di prestazioni mediche e paramediche fosse applicata l'IVA ed i costi previdenziali, questi sono **esclusi dal rimborso**.
- Richiesta e documentazione di spesa vanno inviate alla Cassa Mutua al più presto, insieme alla cartella clinica, da richiedere prontamente alla struttura sanitaria. Qualora la documentazione di spesa e la cartella clinica non dovessero pervenire alla Cassa Mutua entro il termine di 60 giorni dalla data di dimissioni dell'assistito, è necessario avvertire per iscritto la Cassa indicando i motivi del ritardo che verranno valutati per una eventuale proroga dei termini.
 - In corrispondenza del termine dell'anno sanitario (31 dicembre di ogni anno), la documentazione riguardante eventi di ricovero, con e senza intervento chirurgico, con dimissioni dalla casa di cura avvenute entro tale data, deve pervenire al più tardi entro il 28 febbraio dell'anno successivo.
 - Gli interventi riguardanti prestazioni specialistiche indicate in successivi appositi articoli, anche se effettuati in regime di ricovero ospedaliero o in casa di cura, seguono, per il rimborso, i termini definiti nell'apposito articolo.
 - Ogni ricovero, relativo a qualsiasi evento, è definito dalla cartella clinica che lo riguarda. Qualora un assistito venisse ricoverato nello stesso anno per più di una volta, con cartelle cliniche separate, ogni ricovero genera un evento autonomo.
 - In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, in struttura pubblica o privata, la liquidazione delle prestazioni viene effettuata applicando al rimborso le norme del Regolamento sanitario vigenti all'atto del ricovero.

IN CASO DI INTERVENTO CHIRURGICO, ABORTO TERAPEUTICO, EFFETTUATI IN ISTITUTO DI CURA IN REGIME DI RICOVERO

Prestazioni: (fino a concorrenza del massimale annuo e per nucleo familiare di € 110.000,00*)

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento, risultante da cartella clinica;

La Cassa rimborsa tali prestazioni con una **franchigia del 20%** con il **massimo di € 3.000,00** di scoperto.

- i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, ivi comprese **protesi ortopediche** applicate durante l'intervento; l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i trattamenti sclerosanti e linfodrenaggio, i medicinali, gli esami post-intervento **riguardanti il periodo di ricovero**;
- rette di degenza con il limite **massimo di € 260,00 giornaliero**.

N.B.: Tali limiti non vengono applicati **esclusivamente** nei casi di ricovero per gli interventi chirurgici elencati nell'allegato 1);

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici attinenti l'intervento, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei **120 giorni precedenti** il ricovero con una franchigia del 10%;
- visite specialistiche, esami, medicinali, quelli previsti e prescritti in cartella clinica, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati e fatturati da fisioterapisti diplomati e che svolgono attività nell'ambito o per conto di un Centro di cui è responsabile un medico, agopuntura effettuata da medico, ticket cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei **120 giorni successivi** al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico, con una franchigia del 10%.

N.B.: Per tutti gli interventi al naso di carattere funzionale viene obbligatoriamente richiesto, con la cartella clinica, **un esame preventivo di rinomanometria**.

IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CHE NON COMPORTE INTERVENTO CHIRURGICO

Prestazioni: (fino a concorrenza del massimale annuo e per nucleo familiare di € 110.000,00*)

- rette di degenza con il limite **massimo di € 260,00= giornaliero**;
- accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali, **riguardanti il periodo di ricovero**;
- visite specialistiche, esami, medicinali previsti e prescritti in cartella clinica, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati e fatturati da fisioterapisti diplomati e che svolgono attività nell'ambito o per conto di un Centro di cui è responsabile un medico, agopuntura effettuata da medico, ticket cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei **120 giorni successivi** al termine del ricovero, con una franchigia del 10%.

IN CASO DI INTERVENTI CHIRURGICI CHE NON COMPORTE PERNOTTAMENTO, EFFETTUATI AMBULATORIALMENTE ED IN DAY HOSPITAL

Prestazioni: (fino a concorrenza del massimale annuo e per nucleo familiare di € 110.000,00*)

- rette di degenza in day hospital con il limite **massimo di € 260,00= giornaliero**;
- onorari del chirurgo ed eventualmente dell'anestesista;
- La Cassa rimborsa tali prestazioni con una **franchigia del 20%** con il **massimo di € 3.000,00** di scoperto.
- diritti di sala operatoria e materiali di intervento, compresi i medicinali.

N.B.: la documentazione di spesa deve essere accompagnata da una relazione medica dell'intervento.

N.B.: * Nel caso di interventi chirurgici elencati nell'allegato 1) il massimale si intende raddoppiato.

IN CASO DI RICOVERO PER PARTO

PARTO CESAREO

Prestazioni:

- gli onorari dei componenti l'equipe medico-chirurgica che effettua l'intervento, risultanti dalla cartella clinica, escluso qualsiasi soggetto che non partecipi attivamente all'intervento;
- i diritti di sala operatoria, compreso il materiale d'intervento;
- **durante il periodo di ricovero**, l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, gli esami post-intervento;
- Rette di degenza con il limite **massimo di € 260,00= giornaliera**.

N.B.: la prestazione è fornita fino a concorrenza del **massimale di € 6.500,00**

PARTO NON CESAREO

Prestazioni:

- gli onorari dei componenti l'equipe medico-chirurgica che effettua l'intervento, risultanti dalla cartella clinica, escluso qualsiasi soggetto che non partecipi attivamente all'intervento;
- i diritti di sala operatoria, compreso il materiale d'intervento;
- **durante il periodo di ricovero**, l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, gli esami post-intervento;
- Rette di degenza con il limite **massimo di € 260,00= giornaliera**.

N.B.: la prestazione è fornita fino a concorrenza del **massimale di € 2.000,00**

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

TRATTAMENTO TERAPEUTICO PER I NEONATI NEI PRIMI 30 GIORNI DI VITA

Prestazioni:

- nel caso in cui i neonati avessero la necessità di trattamento terapeutico in regime di ricovero per accertata patologia, la Cassa rimborsa delle spese, nei primi 30 giorni di vita, nel **massimale di € 1.000,00, con una franchigia del 10%**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ cartella clinica;
- ▶ ricevute fiscali emesse dall'azienda ospedaliera o casa di cura e dai medici specialisti.

IN CASO DI INTERVENTO LASER PER CORREZIONE DI DIFETTO RIFRATTIVO DI UNO OD ENTRAMBI GLI OCCHI

Prestazioni:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento, risultante da cartella clinica, i diritti di sala operatoria comprese le strumentazioni, il materiale di intervento e quant'altro.
- ★ **Massimale per occhio - € 1.035,00 - Massimale per ambedue gli occhi € 1.550,00** - anche se l'intervento viene eseguito separatamente in esercizi diversi consecutivi.

N.B.: Il massimale è onnicomprensivo di tutte le spese pre e post intervento.

ANTICIPAZIONI

Prestazioni:

- nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo o di un deposito cauzionale, la Cassa anticipa, su richiesta dell'Assistito, le spese dell'istituto di cura.

Documentazione:

- ▶ richiesta di anticipazione;
- ▶ preventivo analitico di spesa sottoscritto dalla Casa di Cura interessata.
- ★ Fino ad un **massimo dell'80%** del preventivo di spesa ed entro il limite del massimale garantito, salvo conguaglio a cure ultimate. La percentuale dell'anticipazione è direttamente proporzionale alla progressività di spesa.

N.B.: L'anticipo viene concesso per spese non inferiori a **€ 5.000,00**

DIARIE - PRESTAZIONI SOSTITUTIVE

Prestazioni:

- Qualora, in caso di ricovero dell'assistito, tutte le spese per - **ricovero, con o senza intervento chirurgico ed interventi chirurgici effettuati ambulatorialmente ed in Day Hospital e ricovero per parto** - siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (quindi non dell'Assistito), comprese spese mediche e quant'altro, la Cassa corrisponderà un'indennità forfetaria alle seguenti condizioni:
- **Ricovero con intervento e parto spontaneo**
€ 80,00 per ogni giorno di ricovero con pernottamento, per un **periodo massimo di 200 giorni** per anno per nucleo familiare.
- **Ricovero senza intervento**
€ 80,00 per ogni giorno di ricovero con pernottamento, per un **periodo massimo di 100 giorni** per anno per nucleo familiare.
- **Neonati sottoposti a trattamento terapeutico**
€ 80,00 per ogni giorno di ricovero con pernottamento, limitatamente ai primi 30 giorni di degenza, a partire dal sesto giorno di ricovero.
- **In caso di Day Hospital / Day Surgery**
€ 60,00 al giorno, per un **massimo di 30 giorni** nell'anno sanitario.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ cartella clinica o cartella clinica specifica per **Day Hospital / Day Surgery** con indicazione dell'orario d'entrata e d'uscita.

N.B.: Qualora venga corrisposta un'indennità forfetaria (**Diaria**), tutte le spese sanitarie sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi al ricovero, vengono rimborsate con le modalità e le condizioni previste per le prestazioni Extraospedaliere

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

ARTICOLO 6 - PRESTAZIONI EXTRA -OSPEDALIERE

- 6.1) Alta diagnostica
- 6.2) Altre garanzie
 - 6.2.1) Visite specialistiche
 - 6.2.2) Analisi ed esami diagnostici e di laboratorio effettuati in strutture private
 - 6.2.3) Prestazioni di chemioterapia, radioterapia e cobaltoterapia:
- 6.3) Tickets
- 6.4) Trattamenti fisioterapici e rieducativi. Laserterapia ed Infiltrazioni articolari
- 6.5) Trattamenti logopedici e riabilitazione psicomotoria fino a 16 anni
- 6.6) Prestazioni omeopatiche, agopuntura
- 6.7) Trattamenti chiropratici ed osteopatici
- 6.8) Sostituzione e riparazione di protesi di parti anatomiche
- 6.9) Inseminazione assistita
- 6.10) Odontoiatria da infortunio
- 6.11) Gravidanza

INDICAZIONI SULLA DOCUMENTAZIONE

1. Dal Codice di Deontologia Medica, riportiamo il testo dell'art. 22: *Certificazione – Il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al paziente certificati relativi al suo stato di salute.*
2. Le richieste di rimborso devono pervenire alla Cassa Mutua Nazionale nel termine di **60 giorni** dalla data di emissione delle fatture, pena il mancato rimborso della prestazione.
3. La Cassa non rimborsa, allo stato, spese sanitarie per prestazioni, ovunque effettuate, a titolo di controllo e prevenzione, fatti salvi gli articoli 6.2.1.b), 6.2.2), 6.3), 6.11).
4. **Vengono considerate prestazioni di controllo e prevenzione quelle effettuate in assenza di patologia.**
5. Le richieste di rimborso di prestazioni sanitarie devono essere documentate, come previsto dal presente Regolamento.
6. **Sono escluse** dal rimborso le spese inerenti CURE/TERAPIE, ad eccezione di quelle previste dal presente Regolamento, comprese le cure omeopatiche e i medicinali.
7. La documentazione, da allegare al modello di richiesta di rimborso, deve essere prodotta a cura del Destinatario e **sempre in originale.**
8. La non conformità della documentazione a quella prevista non dà luogo ad alcun rimborso tranne nel caso delle visite specialistiche di cui al paragrafo 6.2.1.b).
9. Non sono ammesse a rimborso le prestazioni sanitarie sulle cui fatture sia stata applicata l'IVA in quanto, ai sensi dell'art.4, D.P.R. 26/10/72 n. 633 e successive modificazioni, ne sono esenti.
10. La Cassa Mutua, in relazione alle prestazioni per le quali viene presentata domanda di rimborso, può richiedere ulteriore documentazione riguardante patologie, esami, analisi, spese e quant'altro ritenga necessario per l'evasione della pratica, nonché sottoporre l'assistito a visita medica di controllo a carico della Cassa Mutua.
11. L'indicazione del titolo accademico di specializzazione del medico che ha effettuato la visita deve risultare chiaramente dalla documentazione allegata alla richiesta di rimborso. La specializzazione del medico deve comunque essere attinente al tipo di patologia che ha reso necessaria la visita.
12. Non sono utili ai fini del rimborso le certificazioni mediche rilasciate da medico chirurgo o da medico specialista per prestazioni rese da altri medici specialisti.
13. Non sono utili ai fini del rimborso le certificazioni mediche rilasciate da medici specialisti per patologie non inerenti la loro specializzazione. Parcelle e spese giustificate da tali certificazioni saranno rimborsate nella misura prevista al paragrafo 6.2.1.b).
14. **Intramoenia** : le prestazioni effettuate da medici specialisti che hanno liberamente optato di svolgere la propria attività libero professionale nella forma così definita "intramoenia", anche se effettuate in luoghi ed ambienti diversi dalla struttura pubblica da cui dipendono, verranno rimborsate esclusivamente se documentate con fattura emessa dal medico specialista, su carta intestata della struttura pubblica da cui lo stesso dipende.
Non si procederà ad alcun rimborso di spese aggiuntive, inerenti la stessa prestazione del medico specialista, giustificate da fattura, emessa da terzi e riguardante l'uso di strutture, strumentazioni e quant'altro.
15. Qualora la documentazione medica e/o di spesa, inviata alla Cassa Mutua con richiesta di rimborso, presentasse **manomissioni**, oltre a non sortire alcun rimborso, il caso verrà sottoposto all'attenzione del Comitato Amministratore per l'applicazione di eventuali sanzioni.

F.A.B.I. - Coordinamento Nazionale Banche di Credito Cooperativo

Le prestazioni extra - ospedaliere vanno effettuate, nelle strutture sanitarie situate nell'ambito territoriale di residenza dell'Assistito. Qualora l'interessato si trovi nella necessità di eseguirle altrove, la Cassa **non rimborsa** eventuali spese di viaggio o trasferimento, comprese quelle di un eventuale accompagnatore.

Eventuali deroghe devono essere autorizzate dalla Cassa Mutua **in via preventiva**.

N.B.: Con l'attribuzione delle competenze in materia sanitaria alle Regioni, l'assistito che voglia eseguire prestazioni di visite o accertamenti diagnostici presso strutture del S.S.N. in regioni diverse da quella di residenza paga, se non esistono appositi accordi fra regioni, le prestazioni per intero e non con ticket.

ALTA DIAGNOSTICA

Prestazioni:

La Cassa rimborsa le prestazioni sotto descritte fino alla concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 7.750,00=**, senza applicazione di alcuna franchigia.

- ANGIOGRAFIA
- ANGIOGRAFIA DIGITALE
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE
- CISTOGRAFIA
- CORONAROGRAFIA
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- DIALISI
- DOPPLER
- ECOCARDIOGRAMMA
- ECOGRAFIA
- ELETTRICARDIOGRAFIA
- ELETTRICENEFALOGRAFIA
- FLUORANGIOGRAFIA
- ISTEROSALPINGOGRAFIA
- RADIONEFROGRAMMA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- TAC
- TELECUORE
- UROGRAFIA

Documentazione:

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

ALTRE GARANZIE

VISITE SPECIALISTICHE,

La Cassa rimborsa le spese riguardanti gli onorari medici per visite specialistiche, **escluse comunque le visite odontoiatriche ed ortodontiche**, salvo quanto indicato nei successivi articoli.

Prestazioni:

- **Visite specialistiche per patologie attinenti il titolo accademico di specializzazione del medico.**

Il rimborso per tale prestazione viene erogato nella misura massima di **€ 200,00= a visita**, compresi gli accertamenti effettuati ed indicati in parcella, con una **franchigia del 20%** a carico dell'assistito.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ parcella con allegata certificazione attestante la patologia riscontrata del medico specialista che ha effettuato la visita.

Prestazioni:

- **Visite mediche specialistiche non accompagnate dalla documentazione richiesta dal Regolamento sanitario.**

Il rimborso per tale prestazione viene erogato nella misura massima di **€ 100,00= a visita**, compresi gli accertamenti effettuati ed indicati in parcella, con una **franchigia del 50%** a carico dell'assistito.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ parcella del medico specialista che ha effettuato la visita.

N.B.: Le due prestazioni di cui sopra vengono erogate fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di **€ 2.000,00=**.

ANALISI ED ESAMI DIAGNOSTICI E DI LABORATORIO effettuati in strutture private

Prestazioni:

- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio.

La Cassa rimborsa le prestazioni con una **franchigia del 25%** della spesa sostenuta, fino alla concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 500,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ ricevuta fiscale emessa dalla struttura sanitaria privata.

N.B.: Se le analisi e gli esami diagnostici vengono effettuati in strutture pubbliche: vedi tickets

PRESTAZIONI DI CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E COBALTOTERAPIA

Prestazioni:

- La Cassa rimborsa queste prestazioni fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 7.750,00=**, **senza l'applicazione di alcuna franchigia.**

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ prescrizione del medico specialista con indicazione della patologia;
- ▶ fattura del medico specialista o della struttura sanitaria ove la prestazione è stata eseguita.

TICKETS - STRUTTURE PUBBLICHE

Prestazioni

- La Cassa rimborsa le spese sostenute per prestazioni sanitarie, anche a titolo di esami di controllo e di prevenzione, sia mediche che di diagnostica, compresi i ticket relativi alle Cure Termali. Senza applicazione di alcuna franchigia

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ prescrizione del medico di base in fotocopia;
- ▶ ticket rilasciate dalle amministrazioni delle ASL.

TICKETS - STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE

Prestazioni

- La Cassa rimborsa le spese sostenute per prestazioni sanitarie, anche a titolo di esami di controllo e di prevenzione, sia mediche che di diagnostica, compresi i ticket relativi alle Cure Termali. Senza applicazione di alcuna franchigia

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ prescrizione del medico di base in fotocopia;
- ▶ ricevuta/fattura della struttura privata accreditata/convenzionata ove viene effettuata la prestazione.

N.B.: Le fatture emesse dalle strutture private accreditate/convenzionate, devono indicare analiticamente gli esami effettuati e le corrispondenti tariffe applicate, distinguendo quelle riferite a tickets, secondo le tariffe stabilite con decreto dell'Organismo pubblico competente, Ministero della Sanità o Regione, da quelle applicate per prestazioni di carattere privato fornite dalla struttura sanitaria.
Le fatture delle strutture private che riportano un unico importo per più di una prestazione senza fornire il dettaglio saranno ritenute non ticket e rimborsate **nella misura del 75%** della spesa sostenuta fino al **massimale annuo per nucleo familiare di € 500,00**.

**TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI
LASERTERAPIA ED INFILTRAZIONI ARTICOLARI**

Prestazioni:

- **Trattamenti fisioterapici e rieducativi** effettuati da fisioterapisti diplomati ed abilitati che svolgono attività professionale nell'ambito o per conto di un Centro medico/sanitario di cui è responsabile un medico.
La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 1.000,00=**.

Le terapie rimborsabili, **in caso di patologie OSTEOARTICOLARI e MUSCOLOSCELETRICHE**, sono:

• DIADINAMICA	• IPERtermia	• RIEDUCAZIONE MOTORIA
• DIATERMIA	• IRRADIAZIONE INFRAROSSA	• TECARTErapia
• Elettroterapia	• KINESITERAPIA	• TENS
• GINNASTICA POSTURALE	• LASERTERAPIA	• TERAPIA AD ONDE D'URTO
• IDROKINESITERAPIA	• MAGNETOTERAPIA	• TRAZIONE SCHELETRICA
• INFILTRAZIONI ARTICOLARI	• MASSOTERAPIA	• ULTRASUONOTERAPIA
• IONOFRESI	• MOBILIZZAZIONI ARTICOLARI E VERTEBRALI	

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ prescrizione del medico specialista in ortopedia o fisioterapia con indicazione della patologia;
- ▶ fattura del centro medico presso il quale viene effettuata la prestazione o del fisioterapista abilitato che l'ha effettuata.

- N.B.:**
- La laserterapia, quando non è intervento, viene considerata prestazione fisioterapica.
 - Le infiltrazioni articolari delle grandi articolazioni - ovvero: caviglia, ginocchio, anca, polso, gomito, spalla e per la colonna vertebrale solo le cerniere C6-D1 e D12-L1 – cioè, la procedura medica che consiste nell'iniettare un farmaco direttamente all'interno delle articolazioni, vengono rimborsate se diagnosticate strumentalmente ed eseguite da medico specialista ortopedico o fisiatra.
 - Non sono rimborsabili i trattamenti effettuati presso strutture di centri sportivi quali, piscine, palestre e luoghi simili anche se di questi è responsabile/titolare un medico o un fisioterapista.
 - **Sono escluse dal rimborso:**
 - prestazioni mediche riguardanti trattamenti sclerosanti, ozonoterapia, ossigenoterapia, mesoterapia e simili;
 - ricoveri e prestazioni avvenuti in "Beauty Farm", alberghi o centri della salute o del benessere, centri estetici o istituti assimilabili, palestre, piscine, centri sportivi, anche se gestiti da personale medico o di proprietà di medici anche se specialisti.
 - I trattamenti fisioterapici effettuati al di fuori della competenza territoriale sanitaria di residenza dell'iscritto dovranno essere opportunamente motivati.

TRATTAMENTI LOGOPEDICI PER BAMBINI FINO A 16 ANNI

Prestazioni:

- trattamenti logopedici e riabilitazione psicomotoria per gli assistiti che non abbiano compiuto il sedicesimo anno di età. La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuo per assistito di € 1.500,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ prescrizione del medico specialista in pediatria;
- ▶ ricevuta fiscale emessa dal logopedista o dal terapeuta della psicomotricità.

PRESTAZIONI OMEOPATICHE, AGOPUNTURA

Prestazioni:

- Le visite mediche omeopatiche, le prestazioni di agopuntura, **effettuati esclusivamente da medico chirurgo**. La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 50%** e fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 500,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ prescrizione di medico chirurgo con indicazione della patologia;
- ▶ ricevuta fiscale

TRATTAMENTI CHIROPRACTICI ED OSTEOPATICI

Prestazioni:

- trattamenti chiropratici ed osteopatici, **effettuati esclusivamente da medico chirurgo**. La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 50%** e fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 500,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ prescrizione di medico specialista in ortopedia o fisioterapia con indicazione della patologia;
- ▶ ricevuta fiscale.

SOSTITUZIONE E RIPARAZIONE DI PROTESI DI PARTI ANATOMICHE

Prestazioni:

- acquisto di protesi di parti anatomiche e loro manutenzione e riparazione.
La Cassa rimborsa le spese:
 - acquisto con l'applicazione di una **franchigia del 20%** e fino a concorrenza del **massima di € 3.000,00=**.
 - manutenzione e riparazione con l'applicazione di una **franchigia del 20%** e fino a concorrenza del **massima di € 1.000,00=**.

Documentazione:

- ▶ certificazione dello stato dell'assistito;
- ▶ fattura del fornitore.

N.B.: Il rimborso non può essere ripetuto prima che siano passati quattro anni dal precedente

INSEMINAZIONE ASSISTITA

Prestazioni:

- spese sostenute, in casi di accertata infertilità, per le procedure d'inseminazione (anche se effettuate in regime di ricovero), visite mediche, analisi, accertamenti diagnostici, controlli ed esami clinici, ad esclusione di qualsiasi medicinale, fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 1.500,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificazione dello specialista;
- ▶ documentazione di spesa.

ODONTOIATRIA DA INFORTUNIO

Prestazioni:

- spese odontoiatriche relative della riparazione del solo elemento dentario eventualmente danneggiato, limitatamente al danno diretto subito e non a quello eventualmente indotto.
La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 1.500,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificato del pronto soccorso presso il quale l'assistito si è subito recato a causa dell'incidento, con indicazione del danno effettivamente riscontrato;
- ▶ parcella del medico specialista in odontoiatria.

N.B.: Non saranno presi in considerazione i certificati del pronto soccorso che riportano danni non constatati direttamente al momento dell'incidento, ma riferiti a posteriori dall'interessato. In tal caso non si dà seguito al rimborso.

GRAVIDANZA

Prestazioni:

- in stato di gravidanza accertata, le visite medico - specialistiche ginecologiche e gli esami diagnostici anche se di controllo (comprese ecografie) fino a concorrenza **massima di € 2.500,00=**.
Per **Amniocentesi e Villocentesi** eseguite in soggetti di età inferiore ai **35 anni compiuti**, con l'applicazione di una **franchigia del 50%**

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificazione medico specialistica (ginecologo);
- ▶ parcella medica;
- ▶ fatture per esami e quant'altro.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

RETE CONVENZIONATA

I principali servizi offerti:

- accesso alla Rete di Strutture Sanitarie convenzionate fruendo di tariffe preferenziali e controllate;
- pagamento diretto delle prestazioni Ospedaliere per ricovero con o senza intervento chirurgico;
- altri servizi compresi nella rete Newmed, quali ad esempio le convenzioni con studi odontoiatrici con i quali la Newmed ha stipulato appositi accordi a tariffe scontate, la "second opinion" che consiste nel poter ricevere consulti con altri medici specialisti in Italia e negli Stati Uniti, ed eventuali altri servizi che la Cassa Mutua non fornisce direttamente.

Le prestazioni fruite dall'Assistito nell'ambito della Rete Convenzionata da parte delle Case di Cura, Ospedali e Istituti scientifici saranno rimborsate secondo le modalità previste dal presente Regolamento Sanitario.

La quota di competenza della Cassa verrà pagata direttamente dalla stessa alla struttura interessata.

Chi, trovandosi all'estero, avesse necessità di assistenza, può rivolgersi direttamente al **call center di Newmed** per ricevere tutte le informazioni e l'assistenza necessaria.

TRASPORTO DELL'ASSISTITO IN ITALIA

Prestazioni:

- rimborsa le spese per il trasporto in Italia dell'Assistito in ospedale o in istituto di cura, effettuato con ambulanza o eli-ambulanza fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 1.500,00=**.
Nel caso in cui l'assistito si trovi all'estero, verrà preso in considerazione il percorso dal confine alla struttura sanitaria, parametrando la spesa in funzione dei chilometri percorsi complessivamente dal luogo di partenza.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificazione medica dello stato del paziente che necessita del particolare tipo di trasporto;
- ▶ fattura della ditta che effettua la prestazione.

PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE

Prestazioni:

- assistenza infermieristica a domicilio da parte di infermiere diplomato.
La Cassa rimborsa le prestazioni **€ 40,00** al giorno, per un **periodo massimo di 30 giorni**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificazione medica giustificativa;
- ▶ fattura riguardante la prestazione.

TRASPORTO ALL'ESTERO - ACCOMPAGNATORE

Prestazione:

- trasporto dell'Assistito e di un eventuale accompagnatore all'estero e viceversa in treno e con aereo, fino a concorrenza **massima di € 1.500,00=**.
- vitto e pernottamento in Istituto di cura o in struttura alberghiera, qualora non sussistesse la disponibilità ospedaliera per ospitare un accompagnatore dell'Assistito ricoverato, **€ 80,00** al giorno e fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 2.500,00=** ;

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificazione medica giustificativa;
- ▶ fattura riguardante la prestazione.

N.B.: La prestazione è soggetta a preventiva autorizzazione da parte della Cassa Mutua.

FORNITURE ORTOPEDICHE

Prestazione:

- forniture ortopediche, compreso il noleggio delle stesse e di apparecchiature fisioterapiche o di telemedicina, purché prescritte in cartella clinica a seguito di ricovero
La Cassa rimborsa le prestazioni fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 500,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificazione medica giustificativa;
- ▶ fattura riguardante la prestazione.

TRASPORTO DELLA SALMA

Prestazioni:

- spese per il trasporto della salma dall'Istituto di cura all'estero, dove l'Assistito deceduto era ricoverato per malattia o infortunio, al luogo di sepoltura in Italia.
La Cassa rimborsa le prestazioni fino a concorrenza del **massimale annuo per nucleo familiare di € 1.500,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificato di morte;
- ▶ fattura della ditta che ha eseguito il trasporto o documentazione equipollente.

N.B.: Sono escluse dal rimborso le spese relative a cerimonie funebri, l'inumazione ed a quant'altro.

ACQUISTO LENTI

Prestazioni:

- spese sostenute per l'acquisto delle sole lenti, comprese anche lenti a contatto a lunga durata, escluse quelle usa e getta.
La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale biennale per componente del nucleo familiare di € 160,00=**.
Per difetti di rifrazione superiori alle **4,5 diottrie** per almeno un occhio il **massimale è elevato a € 200,00 nel biennio**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ certificazione del **medico oculista in originale** che attesti la modifica del visus indicando la differenza di diottrie rispetto ai valori precedenti;
- ▶ fattura del negoziante con specifica indicazione del tipo di lenti e marca;
- ▶ prezzo delle sole lenti distinto dalla montatura.

N.B.: La prestazione, qualora la vista si modifichi ulteriormente, potrà essere ripetuta non prima che siano trascorsi 24 mesi dalla precedente, **tranne che per i bambini fino al compimento del 12° anno d'età**.
La prescrizione dell'oculista deve essere di data non anteriore di 90 giorni dall'acquisto.

ORTODONZIA

Prestazioni:

- cure ortodontiche - **sulla dentizione definitiva e non sui denti decidui** - comprensive di visite, prestazioni e apparecchiature, effettuate da medico dentista, **limitatamente agli assistiti che non abbiano compiuto il 18° anno di età**.
La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%**, per ogni visita e/o prestazione e/o **apparecchiatura** e fino a concorrenza del **massimale annuale per nucleo familiare di € 2.000,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ programma ortodontico del medico dentista;
- ▶ parcella del dentista o ricevuta della struttura pubblica con indicazione della prestazione ortodontica effettuata.

N.B.: La prestazione si interrompe nel giorno di compimento del 18° anno di età dell'interessato.

RECUPERO PER INTOSSICAZIONE DA STUPEFACENTI E/O ALCOLICI

Prestazioni:

- indennità di ricovero continuativo presso comunità terapeutiche riconosciute dallo Stato, da Regioni o da Comuni. La Cassa corrisponde all'Assistito un'indennità di € 2.000,00=.

Documentazione:

- ▶ richiesta di indennità;
- ▶ dichiarazione della Comunità terapeutica, riconosciuta dalle strutture pubbliche, che comprovi il compimento del Programma terapeutico individualizzato, predisposto dalla Comunità stessa.

N.B.: L'indennità sarà versata al compimento del biennio dal comprovato ricovero continuativo dell'Assistito in caso di maggior durata del programma.

APPARECCHI ACUSTICI

Prestazioni:

- acquisto e l'eventuale riparazione di apparecchi acustici in caso di riduzione del senso dell'udito. La Cassa rimborsa le prestazioni, una sola volta, fino a concorrenza del **massimale biennale per nucleo familiare di € 2.000,00=**.

Documentazione:

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

PRESTAZIONI ALL'ESTERO

Prestazioni:

- di qualsiasi genere per le quali l'assistito intende rivolgersi a strutture estere nell'ambito dell'Europa dell'Euro, saranno considerate come effettuate in Italia.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso
- ▶ la documentazione così come richiesta da Cassa Mutua

N.B.: Le prestazioni di qualsiasi genere effettuate al di fuori dell'Europa dell'Euro devono essere preventivamente autorizzate dalla Cassa Mutua che si riserva di richiedere all'interessato tutta la documentazione che dovesse ritenere necessaria. L'autorizzazione sarà rilasciata per iscritto all'interessato.

OTTAVI INCLUSI (denti del giudizio)

Prestazioni:

- spese di estrazione degli ottavi (denti del giudizio). La Cassa rimborsa, le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuale per nucleo familiare di € 750,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ ortopantomica sulla quale deve essere riportato cognome e nome dell'Assistito e data dell'esecuzione mediante fototimbro o pennarello indelebile;
- ▶ fattura del medico dentista che ha effettuato la prestazione.

N.B.: Il rimborso della prestazione sarà effettuato dopo che la Commissione medica della Cassa avrà esaminato l'ortopantomica, effettuata prima dell'intervento dalla quale dovrà risultare l'inclusione del/dei denti interessati. **L'ortopantomica è, in ogni caso, rimborsata.**

ASPORTAZIONE DI NEI/NEVI

Prestazioni:

- spese per asportazione di nei/nevi con una patologia evolutiva, comunque effettuate da medico specialista in dermatologia. La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuale per componente del nucleo familiare di € 250,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ referto dell'esame istologico;
- ▶ relazione del medico specialista in dermatologia che ha effettuato la prestazione.
- ▶ ricevuta fiscale.

N.B.: Non vengono rimborsate le asportazioni di nei/nevi aventi carattere di prevenzione, effettuate in regime di pagamento privato.
Le asportazioni effettuate presso le strutture del S.S.N., in regime di ticket, vengono rimborsate anche se effettuate a titolo di prevenzione.

RADIOLOGIA ODONTOIATRICA

Prestazioni:

- spese per accertamenti radiologici effettuati per patologie odontoiatriche e/o paradontali – ortopantomica, telecranio, tac dentascan, stratigrafia atm, radiografie indorali periapicali. La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuale per nucleo familiare di € 250,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ ricevuta fiscale della struttura di radiologia presso il quale è stato effettuato l'accertamento.

GNATOLOGIA

Prestazioni:

- spese per visite gnatologiche e acquisto del dispositivo bite. La Cassa rimborsa le prestazioni con l'applicazione di una **franchigia del 30%** e fino a concorrenza del **massimale annuale per nucleo familiare di € 250,00=**.

Documentazione:

- ▶ richiesta di rimborso;
- ▶ ricevuta fiscale del medico specialista in gnatologia che ha effettuato la visita.
- ▶ ricevuta fiscale del laboratorio odontotecnico che ha prodotto il dispositivo bite.

N.B.: Non vengono rimborsate le asportazioni di nei/nevi aventi carattere di prevenzione, effettuate in regime di pagamento privato.
Le asportazioni effettuate presso le strutture del S.S.N., in regime di ticket, vengono rimborsate anche se effettuate a titolo di prevenzione.

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Ai fini del raddoppio del massimale di cui all'art. 5) del Regolamento delle Prestazioni Sanitarie si considerano gli interventi appresso indicati:

CARDIOCHIRURGIA

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

CHIRURGIA TORACICA

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

CHIRURGIA GENERALE

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

CHIRURGIA GINECOLOGICA

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

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artroprotesi totale di spalla.
- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA E MAXILLO-FACCIALE

- Interventi demolitivi del massiccio facciale.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

- Tutti.