
CASAGIT SALUTE ETS - SOCIETÀ NAZIONALE
DI MUTUO SOCCORSO DEI GIORNALISTI
ITALIANI “ANGIOLO BERTI”

*REGOLAMENTO APPLICATIVO
PIANO SANITARIO DI ADESIONE
“CASAGIT”*

TITOLO I - PIANO SANITARIO DI ADESIONE	4
Art. 1 - Struttura del Piano sanitario di adesione	4
Art. 2 - Ingresso nel Piano sanitario di adesione	4
TITOLO II - PROFILO CONTRIBUTIVO	6
CAPO I - ADESIONI INDIVIDUALI	6
Art. 3 - Contributo in quota fissa per fasce di reddito	6
Art. 4 - Contributo in quota fissa under 40.....	6
Art. 5 - Contributo agevolato in quota fissa.....	6
Art. 6 - Contributo agevolato “zero”	7
Art. 7 - Contributo in attesa di cedolino pensionistico	8
Art. 8 - Contributo in percentuale sul trattamento lordo di pensione	8
CAPO II - ADESIONI COLLETTIVE	9
Art. 9 - Contributo in percentuale sulla retribuzione mensile lorda.....	9
Art. 10 - Contributo diretto aderenti collettivi in maternità anticipata e obbligatoria.....	9
Art. 11 - Contributo CIG a zero denunciato	10
Art. 12 - Contributo dei giornalisti dipendenti della pubblica amministrazione.....	10
Art. 13 - Massimale.....	10
Art. 14 - Contributo in quota fissa per fasce in base al reddito complessivo annuo	10
CAPO III - FAMILIARI	11
Art. 15 - Estensione copertura ai familiari	11
Art. 16 - Contribuzione per i genitori.....	11
Art. 17 - Contribuzione per i coniugi e i conviventi <i>more uxorio</i>	11
Art. 18 - Contribuzione per i figli	11
Art. 19 - Interruzione per i familiari	11
CAPO IV - AGEVOLAZIONI, RIDUZIONI E LIMITI.....	12
Art. 20 - Sostegno per i nuclei familiari numerosi	12
Art. 21 - Riduzione Soci coniugati o conviventi <i>more uxorio</i> entrambi a adesione collettiva	12
Art. 22 - Limiti ai benefici del “contributo agevolato zero” e del “contributo CIG a zero denunciato”	13
CAPO V - CONTRIBUZIONE ANNUA MINIMA.....	13
Art. 23 - Livello minimo di contribuzione deliberato dal Consiglio di Amministrazione	13
CAPO VI - QUOTE CONTRIBUTIVE IN VIGORE	13
Art. 24 - Quote deliberate dal Consiglio di amministrazione.....	13
TITOLO III - PROFILO SANITARIO	16
Art. 25 - Definizioni	16
Art. 26 - Modalità di presentazione delle richieste per il rimborso.....	16
Art. 27 - Tetti e massimali nei cambi di Piano.....	16
CAPO I - ACCERTAMENTI CLINICI E DIAGNOSTICI	17
Art. 28 - Definizione.....	17

Art. 29 - Accertamenti clinici e diagnostici	17
CAPO II - ASSISTENZE	17
Art. 30 - Assistenza ai non autosufficienti / LTC (Long term care) - Definizione	17
Art. 31 - Assistenza ai non autosufficienti (LTC) - Erogazione della copertura	18
Art. 32 - Assistenza ai non autosufficienti temporanei.....	19
Art. 33 - Assistenza per malati in fase terminale	20
Art. 34 - Assistenza infermieristica	20
CAPO III - CURE ODONTOIATRICHE	20
Art. 35 - Definizioni	20
Art. 36 - Modalità di rimborso	21
Art. 37 - Accesso in forma diretta - Autorizzazione	21
CAPO IV - CURE TERMALI	21
Art. 38 - Cure termali.....	21
CAPO V - FARMACEUTICA	22
Art. 39 - Rimborso farmaci.....	22
Art. 40 - Materiale sanitario	22
Art. 41 - Latte artificiale per neonati, prodotti per la celiachia e aproteici.....	22
CAPO VI - LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA.....	22
Art. 42 - Lenti correttive della vista	22
CAPO VII - PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	23
Art. 43 - Procreazione medicalmente assistita	23
CAPO VIII - PROTESI, TUTORI ORTOPEDICI E PRESIDI TERAPEUTICI.....	23
Art. 44 - Protesi, tutori ortopedici e presidi terapeutici	23
CAPO IX - RIABILITAZIONI.....	24
Art. 45 - Terapie fisiche e riabilitative.....	24
Art. 46 - Terapie fisiche e riabilitative – Livello 1.....	24
Art. 47 - Terapie fisiche e riabilitative – Livello 2.....	24
Art. 48 - Terapie fisiche e riabilitative – Livello 3.....	25
Art. 49 - Terapie fisiche e riabilitative – Dismorfismi dell’età evolutiva	25
Art. 50 - Altre terapie.....	25
CAPO X - RICOVERI E CHIRURGIA AMBULATORIALE.....	26
Art. 51 - Ricoveri ordinari con e senza intervento chirurgico	26
Art. 52 - Interventi con rimborso omnicomprendivo (“a pacchetto”).....	27
Art. 53 - Ricoveri per riabilitazioni	27
Art. 54 - Ricoveri per lungodegenza, per malati in fase terminale	28
Art. 55 - Ricoveri presso comunità di recupero	28
Art. 56 - Chirurgia ambulatoriale ordinaria	28
Art. 57 - Accesso in forma diretta - Autorizzazione	29

CAPO XI - VISITE SPECIALISTICHE	30
Art. 58 - Visite specialistiche	30
CAPO XII - CURE ONCOLOGICHE	30
Art. 59 - Massimale per oncologia	30
CAPO XIII - CORRISPONDENTI DALL'ESTERO.....	30
Art. 60 - Rimborso delle prestazioni	30
Art. 61 - Ricoveri	31
Art. 62 - Altre prestazioni	31
CAPO XIV - VARIE.....	32
Art. 63 - IVA e imposta di bollo	32
Art. 64 - Ticket e quote regionali	32
Art. 65 - Interventi in via straordinaria	32
Art. 66 - Prestazioni effettuate in convenzione con il S.S.N. fuori dalla Regione di residenza	32
Art. 67 - Esclusioni	33
TITOLO IV - SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA.....	34
Art. 68 - Descrizione del servizio.....	34
CAPO XV - ASSISTENZA SANITARIA D'URGENZAIN ITALIA.....	34
Art. 69 - Tele-video consulto medico generico e specialistico	34
Art. 70 - Invio di un medico o di un'ambulanza	35
Art. 71 - Trasferimento sanitario programmato	35
Art. 72 - Assistenza infermieristica	36
CAPO XVI - ASSISTENZA SANITARIA D'URGENZA ALL'ESTERO	36
Art. 73 - Invio medicinali urgenti	36
Art. 74 - Trasferimento / Rimpatrio sanitario	36
Art. 75 - Rientro anticipato	37
Art. 76 - Viaggio di un familiare in caso di ricovero	37
Art. 77 - Interprete	38
Art. 78 - Rinvii	38
DISPOSIZIONI TRANSITORIE.....	39

TITOLO I - PIANO SANITARIO DI ADESIONE

Art. 1 - Struttura del Piano sanitario di adesione

1. Il Piano sanitario di adesione è rappresentato da un profilo contributivo e da un profilo sanitario.
2. Il profilo contributivo definisce la base di determinazione, il valore economico e le modalità di erogazione del contributo dovuto.
3. Il profilo sanitario definisce:
 - a. la nomenclatura dei servizi resi;
 - b. l'ammontare delle tariffe riferite a ciascun servizio (valore economico/quantità);
 - c. i massimali;
 - d. l'insieme delle regole per l'accesso al servizio e il diritto al rimborso.
4. Per quanto non espressamente previsto nel presente Piano sanitario di adesione, trovano applicazione le norme del Regolamento Applicativo Generale (il "**Regolamento Generale**").

Art. 2 - Ingresso nel Piano sanitario di adesione

1. L'ingresso nel presente Piano sanitario di adesione è previsto in forma individuale per:
 - a. i giornalisti di cui all'art. 5, comma 3, lettera a), dello Statuto;
 - b. i giornalisti che, già coperti da uno degli altri Piani sanitari di adesione, hanno superato il limite di permanenza sancito nell'art. 56 del Regolamento Applicativo Generale;
 - c. tutti coloro che, attualmente coperti da un diverso Piano sanitario di adesione, hanno già fruito in passato della copertura di questo Piano sanitario di adesione, sempreché abbiano superato il limite di permanenza sancito nell'art. 56 del Regolamento Applicativo Generale;
 - d. i figli dei Soci di cui al presente articolo che abbiano compiuto il trentacinquesimo anno di età;
 - e. i familiari del Socio che abbia presentato domanda di recesso;
 - f. i familiari di Soci deceduti che già usufruiscono della copertura prevista dal presente Piano sanitario di adesione (rimane inteso che i familiari possono mantenere tale copertura a condizione che presentino domanda di adesione individuale come Socio ordinario convenzionato; i superstiti titolari di pensione indiretta o di reversibilità acquisiscono il diritto, ognuno a titolo proprio, per l'iscrizione alla Mutua in qualità di Socio Ordinario Convenzionato).
2. L'adesione in forma individuale, di cui al comma precedente, non è consentita superati i 60 anni di età.
3. Il limite di cui al comma precedente si applica a tutti i familiari cui il Socio volesse estendere la copertura. Il limite di età non opera per:
 - a. l'assistenza dei genitori;

- b. per l'iscrizione in qualità di Soci dei familiari di cui alla lettera "e" e "f" del precedente comma 1;
- c. per i familiari del Socio a adesione collettiva automatica alla sua prima iscrizione alla Mutua.

In ogni caso, la domanda di adesione deve essere presentata non oltre 18 mesi dalla data di iscrizione del Socio.

4. L'ingresso nel presente Piano sanitario di adesione è previsto in forma collettiva per:

- a. i giornalisti per i quali è prevista l'adesione collettiva automatica alla Mutua sulla base del titolo negoziale e sempreché lo stesso sia stato recepito dal Consiglio di Amministrazione della Mutua;
- b. i dipendenti degli organismi di categoria dei giornalisti per i quali è prevista l'adesione collettiva automatica alla Mutua sulla base del titolo negoziale e sempreché lo stesso sia stato recepito dal Consiglio di Amministrazione della Mutua;
- c. i Soci di cui al precedente comma 1 nel caso in cui la Mutua abbia sottoscritto un accordo, una convenzione o un diverso titolo negoziale. In ogni caso a essi è applicato il medesimo contributo previsto per le adesioni individuali.
- d. I soggetti denunciati dal datore di lavoro come praticanti, per i quali non risulti l'iscrizione al Registro praticanti, iscrivibili a norma dell'art. 4, comma 5 dello Statuto come soci ordinari convenzionati.
- e. I pubblicitari part time del CCNL Fnsi-Fieg, su richiesta dell'interessato e sempreché il datore di lavoro provveda a trasmettere regolare denuncia di contribuzione, iscrivibili a norma dell'art. 4, comma 4 dello Statuto come Soci ordinari ad adesione collettiva.

TITOLO II - PROFILO CONTRIBUTIVO

CAPO I - ADESIONI INDIVIDUALI

Art. 3 - Contributo in quota fissa per fasce di reddito

1. Il contributo in quota fissa per fasce in base al reddito complessivo annuo è il contributo previsto per le adesioni individuali. Il reddito complessivo annuo è rilevato dall'ultima dichiarazione dei redditi presentata. Se il Socio non è tenuto alla presentazione della dichiarazione dei redditi, la Mutua potrà chiedere documentazione comprovante l'assenza di reddito sottoposto a dichiarazione fiscale o certificazione unica corredata di autocertificazione.
2. Il Socio ha l'onere di presentare alla Mutua, entro il mese di dicembre, la dichiarazione dei redditi dell'anno precedente se da essa risulta dovuto un contributo maggiore. Il maggior contributo sarà dovuto dal primo giorno dell'anno in corso. La dichiarazione presentata oltre il termine indicato determina il ricalcolo del contributo dovuto a far data dall'anno della dichiarazione. La Mutua si riserva il diritto di procedere a verifiche sull'appropriatezza del contributo versato. Se dalla verifica, e in assenza di comunicazione spontanea del Socio, risulta dovuta una contribuzione superiore, la Mutua potrà chiedere al Socio l'integrazione delle differenze contributive e potrà applicare una maggiorazione pari al 10% del contributo che il Socio avrebbe dovuto versare.
3. Il Socio ha facoltà di chiedere la riduzione della contribuzione dovuta. In tal caso dovrà inviare entro il mese di dicembre l'ultima dichiarazione dei redditi presentata. La variazione avrà effetto dal primo giorno dell'anno successivo.
4. L'ammontare del contributo è definito dal Consiglio di Amministrazione della Mutua.

Art. 4 - Contributo in quota fissa under 40

1. Il Socio Ordinario e il Socio Ordinario Convenzionato precedentemente iscritto come figlio, aderenti individuali con età inferiore a 40 anni, sono tenuti al versamento di un contributo in quota fissa.
2. Il Socio Ordinario Convenzionato accede al contributo disciplinato dal presente articolo se l'iscrizione in qualità di Socio avviene senza soluzione di continuità rispetto alla precedente iscrizione in qualità di familiare beneficiario.

Art. 5 - Contributo agevolato in quota fissa

1. I Soci a adesione collettiva che si trovino in aspettativa generica, aspettativa per maternità facoltativa, oltre il limite massimo di copertura di cassa integrazione a zero ore previsto dall'art. 11 del presente Regolamento, o in qualsiasi altra situazione in cui sono sospesi gli effetti del titolo negoziale che ha determinato l'adesione collettiva, possono mantenere la copertura sanitaria entrando nel sistema di gestione delle adesioni individuali.

2. Alla rilevazione dell'evento sospensivo degli effetti del titolo negoziale, la Mutua avvia l'interruzione d'ufficio a norma dell'art. 24 del Regolamento Generale. Il Socio potrà mantenere la formula interruttiva, senza erodere il contatore massimo di cui all'art. 25 del Regolamento Generale, o optare per il mantenimento dell'assistenza. In ogni caso l'opzione esercitata sarà irrevocabile fintanto che permane la condizione che l'ha determinata.
3. Il Socio che abbia optato per il mantenimento dell'assistenza sarà tenuto, per i primi dodici mesi, al versamento del contributo agevolato in quota fissa. A partire dal 13° mese sarà tenuto al versamento del contributo di cui al precedente art. 3.
4. Cessate le condizioni che hanno determinato l'ingresso del Socio nelle regole di gestione delle adesioni individuali, tenuto conto che il contratto torna a produrre i suoi effetti, il Socio rientra automaticamente nel sistema di gestione delle adesioni collettive.

Art. 6 - Contributo agevolato "zero"

1. Il socio ordinario a adesione collettiva, qualora intervenga cessazione del CCNL, potrà mantenere l'assistenza in forma individuale con applicazione del contributo agevolato "zero" per un periodo massimo, nella vita associativa, di 24 mesi.
2. Per accedere al contributo agevolato "zero", il socio deve presentare espressa domanda utilizzando la modulistica messa a disposizione dalla Mutua.
3. L'accesso al trattamento agevolato a contribuzione zero è subordinato alla presentazione, da parte del socio, della Lettera di concessione NASpl o del Prospetto di calcolo NASpl, da cui risultino in modo chiaro la durata e l'importo dell'indennità percepita.
4. La copertura sarà riconosciuta per un periodo pari alla durata della prestazione NASpl, a condizione che l'ultimo rapporto di lavoro con contribuzione a Casagit Salute abbia avuto durata pari o superiore.
5. Nel caso in cui la durata dell'ultimo rapporto di lavoro con contribuzione a Casagit Salute risulti inferiore rispetto alla durata della NASpl, il periodo di copertura sarà limitato alla durata effettiva di tale rapporto.
6. Casagit Salute si riserva la facoltà di richiedere al socio, ai fini di verifica e controllo, la Certificazione Unica rilasciata dall'INPS relativa alle prestazioni NASpl percepite.
7. Qualora dai documenti presentati emerga che la durata effettiva della NASpl sia risultata inferiore a quella inizialmente comunicata, per effetto di circostanze sopravvenute che abbiano comportato l'interruzione dell'erogazione dell'indennità, il socio sarà tenuto a integrare la contribuzione dovuta per il periodo non coperto, secondo quanto previsto dal precedente articolo 3 del presente Regolamento."
8. Al medesimo trattamento è ammesso il socio a adesione collettiva che si trovi in malattia oltre il periodo indennizzato dal datore di lavoro.

Art. 7 - Contributo in attesa di cedolino pensionistico

1. Il Socio Ordinario a adesione collettiva, qualora intervenga cessazione del titolo negoziale per collocamento in quiescenza potrà mantenere la copertura sanitaria versando il contributo:
 - a. di cui al precedente art. 6, ove ne ricorrano i requisiti, per tutti i mesi che vanno dalla cessazione del titolo negoziale e fino all'inizio del trattamento pensionistico sempreché il periodo sia inferiore a quello massimo cui si ha diritto a norma del precedente art. 6;
 - b. laddove non fosse possibile avviare la copertura di cui alla precedente lettera a. ovvero la medesima non possa coprire l'intero periodo che va dalla cessazione del titolo negoziale e fino all'inizio del trattamento pensionistico sarà versato il contributo di cui al precedente art. 3;
 - c. laddove il trattamento pensionistico intervenga senza soluzione di continuità alla cessazione del rapporto di lavoro, ma la sua erogazione inizi in ritardo, con effetto retroattivo, la Mutua potrà valutare l'opportunità, solo dopo aver acquisito la domanda di ammissione alla pensione presentata dal Socio, di far versare al Socio il contributo agevolato. Detto contributo sarà conguagliato in base al contributo effettivamente dovuto che sarà valutabile solo dopo aver documentato il trattamento lordo annuo di pensione e solo se ricorrono i requisiti di cui al successivo art. 8.

Art. 8 - Contributo in percentuale sul trattamento lordo di pensione

1. I Soci titolari di pensione che hanno comunque maturato almeno 10 anni di contribuzione effettiva al presente Piano sanitario di adesione, possono, su esplicita richiesta, essere ammessi alla contribuzione in percentuale sui trattamenti di pensione complessivamente percepiti.
2. La possibilità di cui al comma precedente è consentita solo se il reddito da pensione è reddito prevalente rispetto a qualsiasi altro reddito rilevabile in capo al Socio. Per la verifica di tale requisito, la Mutua chiederà all'interessato la presentazione della dichiarazione dei redditi relativa allo stesso anno della certificazione unica pensionistica. Se il Socio non è tenuto alla presentazione della dichiarazione dei redditi, la Mutua può chiedere la presentazione della certificazione reddituale dell'Agenzia delle Entrate. La Mutua si riserva, in ogni caso, il diritto di chiedere il rinnovo della documentazione fiscale.
3. Per l'ammissione al trattamento contributivo il Socio deve presentare alla Mutua la certificazione unica dell'anno precedente dalla quale si possa rilevare l'ammontare lordo annuo del trattamento pensionistico. Se nella certificazione unica dell'ente pensionistico si rileva una copertura del trattamento inferiore a 12 mesi, i mesi non coperti sono quantificati al valore medio risultante dal rapporto tra il trattamento pensionistico e i mesi indicati nel documento.

4. L'ammontare annuo del contributo non può essere inferiore al minimo di contribuzione fissato dal Consiglio di Amministrazione.
5. L'ingresso e l'uscita dal presente trattamento contributivo avviene su esplicita domanda del Socio e decorre dal primo giorno dell'anno successivo a quello in cui è presentata la richiesta.
6. Dal primo giorno del mese successivo decorre l'eventuale variazione dell'ammontare del contributo determinata dalla variazione di imponibile di riferimento.

CAPO II - ADESIONI COLLETTIVE

Art. 9 - Contributo in percentuale sulla retribuzione mensile lorda

1. Il contributo in percentuale sulla retribuzione mensile lorda è dovuto dai Soci a adesione collettiva automatica di cui al precedente art. 2, comma 4, lett. a).
2. L'ammontare del contributo dovuto da tali Soci è definito nel titolo negoziale alla base dell'adesione stessa ed è calcolato in percentuale sulla retribuzione mensile lorda.
3. Il Socio iscritto in forza di più rapporti di lavoro o di più titoli negoziali, sempreché ciascuno preveda l'adesione alla Mutua, dovrà corrispondere il contributo su ogni posizione.
4. Per i Soci corrispondenti dall'estero per i quali non sia stata più ottenuta l'autorizzazione a versare la contribuzione obbligatoria IVS in Italia in deroga al principio di territorialità che vige in materia di assicurazioni Sociali, trova applicazione lo stesso regime contributivo indicato nel titolo negoziale in ragione del quale sono iscritti come aderenti collettivi.

Art. 10 - Contributo diretto aderenti collettivi in maternità anticipata e obbligatoria

1. Il Socio di cui al precedente art. 2, comma 4, lett. a), che si trovi in aspettativa per maternità anticipata o obbligatoria è tenuto direttamente al versamento dell'integrazione contributiva sulla quota non trattenuta dal datore di lavoro.
2. L'integrazione contributiva è determinata applicando la percentuale definita nel titolo negoziale all'80% del valore medio delle ultime 5 mensilità denunciate dal datore di lavoro prima dell'ingresso in maternità.
3. Il contributo così calcolato ha la medesima periodicità e le medesime modalità di incasso previste per i contributi di adesione individuale.

Art. 11 - Contributo CIG a zero denunciato

1. I Soci di cui all'art. 2, comma 3, lett. a), a adesione collettiva, che si trovino in cassa integrazione a zero ore, sono coperti a contribuzione zero per un periodo massimo, nella vita associativa, di 24 mesi.

Art. 12 - Contributo dei giornalisti dipendenti della pubblica amministrazione

1. Il contributo in percentuale sulla retribuzione mensile lorda è applicato ai Soci giornalisti con contratto di lavoro della pubblica amministrazione.
2. Il Socio iscritto in forza di più rapporti di lavoro o di più titoli negoziali, sempreché ciascuno preveda l'adesione alla Mutua, dovrà corrispondere il contributo su ogni posizione.
3. Il giornalista pubblico che aderisce a Casagit Salute viene assimilato a tutti gli effetti al giornalista iscritto collettivamente a norma dell'art.2, comma 4, lett. a). L'opzione di adesione deve essere esercitata entro 12 mesi dalla data di assunzione. L'opzione esercitata entro il 6° mese determina l'avvio della copertura a decorrere dal giorno di assunzione. L'opzione esercitata dal 7° al 12° mese determina l'avvio della copertura dalla data di opzione e con carenza di 180 giorni per i rimborsi. L'opzione esercitata oltre il 12° mese non darà diritto all'ingresso nel presente piano di adesione.
4. Nessun contributo aggiuntivo sarà chiesto alla pubblica amministrazione presso la quale è occupato il giornalista.

Art. 13 - Massimale

1. Nelle contribuzioni a percentuale il Consiglio di Amministrazione può definire livelli massimi di contribuzione annuali.
2. La contribuzione eccedente il massimo è restituita entro il limite fissato dal Consiglio di Amministrazione.
3. La restituzione degli importi eccedenti è effettuata entro il secondo mese successivo all'approvazione del bilancio annuale.

Art. 14 - Contributo in quota fissa per fasce in base al reddito complessivo annuo

1. Il contributo in quota fissa per fasce in base al reddito complessivo è dovuto dai Soci dipendenti di organismi di categoria dei giornalisti e per i Soci dipendenti di aziende con le quali la Mutua abbia sottoscritto apposito accordo o convenzione.
2. L'ammontare del contributo è definito dal Consiglio di Amministrazione della Mutua e l'opzione di adesione deve essere esercitata entro 12 mesi dalla data di assunzione. L'opzione esercitata entro il 6° mese determina l'avvio della copertura a decorrere dal giorno di assunzione. L'opzione esercitata dal 7° al 12° mese determina l'avvio della copertura dalla data di opzione e con carenza di 180 giorni per i rimborsi. L'opzione esercitata oltre il 12° mese non darà diritto all'ingresso nel presente piano di adesione.

CAPO III - FAMILIARI

Art. 15 - Estensione copertura ai familiari

1. Il Socio può chiedere l'iscrizione per tutti i familiari identificati all'art. 3 comma 4 dello Statuto, ad eccezione dei nipoti.

Art. 16 - Contribuzione per i genitori

1. L'iscrizione dei genitori ed equiparati è possibile solo se hanno:
 - a) la medesima residenza anagrafica del Socio;
 - b) un reddito complessivo annuo inferiore al limite stabilito dal Consiglio di Amministrazione;
 - c) raggiunto l'età prevista per l'ammissione alla pensione di vecchiaia oppure sono permanentemente inabili al lavoro;

e sempreché la domanda di iscrizione sia presentata entro i termini previsti dal Regolamento applicativo generale e in presenza di tutti e tre i requisiti di cui alle lettere precedenti.

Per essi la contribuzione è differenziata a seconda che sia iscritto un solo genitore oppure siano iscritti entrambi; nel primo caso il genitore è coperto dal “**contributo genitore unico**” mentre nel secondo caso sono coperti dal “**contributo ridotto genitori**”.

Art. 17 - Contribuzione per i coniugi e i conviventi *more uxorio*

1. Per il coniuge e il convivente *more uxorio* la contribuzione è definita in quota fissa per fasce d'età. Il Socio ha facoltà di iscrivere un coniuge, o convivente *more uxorio*, e gli ex-coniugi. Per uno solo di essi sarà possibile opzionare il contributo fisso per fasce d'età, mentre gli altri saranno coperti dal “contributo coniuge o convivente aggiuntivo”.
2. I contributi di cui al comma precedente sono definiti dal Consiglio di Amministrazione che potrà anche definire riduzioni del contributo in base al reddito ISEE del socio titolare.

Art. 18 - Contribuzione per i figli

1. I figli ed equiparati possono essere assistiti come tali fino al compimento del 35° anno di età. La contribuzione è definita in quota fissa per fasce d'età.
2. I contributi di cui al comma precedente sono definiti dal Consiglio di Amministrazione che potrà anche definire riduzioni del contributo in base al reddito ISEE del socio titolare.

Art. 19 - Interruzione per i familiari

1. Per i familiari dei Soci beneficiari del “contributo CIG a zero” o del “contributo agevolato zero”, è prevista la possibilità di chiedere l'interruzione della copertura per tutta la durata del periodo in cui il Socio beneficia della contribuzione sopra citata. L'interruzione, se opzionata, ha effetto sull'intero nucleo familiare. Non sarà possibile opzionare una durata differente.

CAPO IV - AGEVOLAZIONI, RIDUZIONI E LIMITI

Art. 20 - Sostegno per i nuclei familiari numerosi

1. Per i Soci aventi un nucleo familiare composto da quattro o più figli, la Mutua riconosce l'esenzione della contribuzione dal quarto figlio in poi.
2. L'esenzione opera per il figlio, o i figli, anagraficamente più giovane.

Art. 21 - Riduzione Soci coniugati o conviventi *more uxorio* entrambi a adesione collettiva

1. I coniugi, o conviventi *more uxorio*, entrambi Soci a adesione collettiva, possono presentare, a firma congiunta, richiesta di riduzione del contributo versato allegando il certificato di matrimonio ovvero lo stato di famiglia accompagnato da dichiarazione di convivenza *more uxorio* e una dichiarazione che attesti che non sia intervenuta separazione legale ovvero cessazione della convivenza. La richiesta dovrà contenere l'impegno esplicito assunto dagli interessati a comunicare entro 30 giorni l'eventuale cessazione delle condizioni alla base del beneficio riconosciuto.
2. La Mutua si riserva la facoltà di effettuare verifiche successive, anche chiedendo documentazione aggiuntiva, volte a valutare la permanenza dei requisiti. Se dalla verifica, e in assenza di comunicazione spontanea dei Soci, emergesse la perdita dei requisiti di ammissione al beneficio contributivo, il Socio dovrà restituire l'ammontare complessivo dello sconto fruito dal primo giorno del mese successivo alla perdita dei requisiti e la Mutua potrà applicare una maggiorazione pari al 10% della riduzione indebitamente fruita.
3. La riduzione di cui al presente articolo è applicata al coniuge/convivente *more uxorio* con la contribuzione inferiore.
4. Tale riduzione è determinata a mezzo conguaglio, annualmente, applicando alla contribuzione la percentuale definita dal Consiglio di Amministrazione.
5. L'importo è calcolato a decorrere dal primo giorno dell'anno in cui è presentata la domanda o dal mese del matrimonio se successivo. L'importo tiene conto delle denunce di contribuzione ricevute dalla Mutua.
6. L'importo è restituito al Socio con la contribuzione inferiore entro il secondo mese successivo all'approvazione del bilancio annuale della Mutua e solo per il numero di mesi nell'anno per i quali entrambi i coniugi sono Soci a adesione collettiva.
7. La presente disciplina non si applica qualora sia intervenuta separazione legale tra i coniugi o sia cessata la convivenza *more uxorio*.
8. Il Consiglio di Amministrazione potrà prevedere sconti superiori per i contratti di solidarietà.

Art. 22 - Limiti ai benefici del “contributo agevolato zero” e del “contributo CIG a zero denunciato”

1. I Soci che beneficiano del “contributo agevolato zero” e/o del “contributo CIG a zero denunciato” possono usufruire, nel corso del rapporto associativo, di massimo 48 mesi di agevolazione contributiva.

CAPO V - CONTRIBUZIONE ANNUA MINIMA

Art. 23 - Livello minimo di contribuzione deliberato dal Consiglio di Amministrazione

1. Il Consiglio di Amministrazione definisce il livello minimo di contribuzione annua. Nelle adesioni collettive con contribuzione a percentuale, in cui la contribuzione è trattenuta dall’aderente e da questo versata alla Mutua, l’eventuale integrazione necessaria a raggiungere la soglia minima di contribuzione è dovuta direttamente dal Socio e da questi versata alla Mutua con le modalità da essa indicate.
2. L’integrazione contributiva necessaria al raggiungimento della soglia minima di contribuzione annuale è determinata ogni anno in fase di chiusura dell’esercizio amministrativo.

CAPO VI - QUOTE CONTRIBUTIVE IN VIGORE

Art. 24 - Quote deliberate dal Consiglio di amministrazione

1. Quote in vigore dal 1° gennaio 2025:

CONTRIBUZIONE	CONTRIBUTO ANNUALE
ADESIONI INDIVIDUALI	
Contributo in quota fissa per fasce in base al reddito complessivo annuo	
<i>reddito complessivo annuo superiore a 100.000 euro</i>	3.396,00
<i>reddito complessivo annuo da 71.315,01 a 100.000 euro</i>	3.084,00
<i>reddito complessivo annuo inferiore a 71.315,01 euro</i>	2.772,00
Contributo in quota fissa under 40	1.848,00
Contributo agevolato in quota fissa	1.344,00
Contributo agevolato “zero”	-
Contributo in percentuale sul trattamento lordo di pensione annuo	3,5%
	con minimale annuo definito dal Consiglio di Amministrazione

ADESIONI COLLETTIVE

Contributo denunciato in percentuale sulla retribuzione mensile lorda e contributo dei giornalisti dipendenti della Pubblica Amministrazione	3,60% con minimale annuo in base alla categoria professionale (professionisti e pubblicisti: 1.044,00 - praticanti: 612,00)
Contributo diretto aderenti collettivi in maternità anticipata e obbligatoria	3,60% sull'80% dell'imponibile medio delle ultime 5 mensilità prima dell'ingresso in maternità
Contribuzione massima annua	14.500,00
Limite della restituzione a massimale	20.000,00
Contributo denunciato in quota fissa per fasce in base al reddito complessivo annuo	
<i>reddito complessivo annuo superiore a 100.000 euro</i>	3.396,00
<i>reddito complessivo annuo da 71.315,01 a 100.000 euro</i>	3.084,00
<i>reddito complessivo annuo inferiore a 71.315,01 euro</i>	2.772,00

FAMILIARI

Contributo genitore unico	1.764,00
Contributo ridotto genitori (per ciascun genitore)	1.326,00
Contributo coniuge o convivente aggiuntivo	2.772,00
Contributo in quota fissa per fasce d'età	
da 0 a 12 mesi	=
da 1 a 5 anni	100,00
da 6 a 10 anni	150,00
da 11 a 15 anni	200,00
da 16 a 20 anni	250,00
da 21 a 25 anni	500,00
da 26 a 30 anni	550,00
da 31 a 35 anni (ultima fascia d'età per la copertura in qualità di figli ed equiparati)	600,00
da 36 a 40 anni	650,00
da 41 a 45 anni	700,00
da 46 a 50 anni	750,00
da 51 a 55 anni	800,00
da 56 a 60 anni	850,00
Over 60 anni	900,00

RIDUZIONI

Soci coniugati o conviventi more uxorio entrambi a adesione collettiva (il Socio con la contribuzione inferiore ottiene la restituzione della percentuale indicata)	33%
Sconto Soci coniugati o conviventi more uxorio entrambi a adesione collettiva contratto di solidarietà (il Socio con la contribuzione inferiore ottiene la restituzione della percentuale indicata)	50%

Sostegno per i nuclei familiari numerosi (dal 4° figlio in poi si applica la scontistica della percentuale indicata) 100%

Riduzione contribuzione coniuge, convivente more uxorio e figli diretti in funzione del reddito ISEE del titolare

ISEE da 0 a 6.000 euro 30%

ISEE da 6.001 a 12.000 euro 20%

ISEE da 12.001 a 15.000 euro 10%

Per iscrizione genitori **11.600,00**

TITOLO III - PROFILO SANITARIO

Art. 25 - Definizioni

1. A norma dell'art. 45 del Regolamento Generale il nomenclatore tariffario (di seguito il “**Nomenclatore**”) costituisce l'elenco completo delle voci relative alle varie prestazioni sanitarie oggetto di copertura mutualistica.
2. A ciascuna voce del Nomenclatore è associata una tariffa (di seguito la “**Tariffa**”).
3. La Tariffa rappresenta il valore economico, espresso in valore assoluto o in percentuale sulla spesa, che la Mutua attribuisce alla prestazione oggetto di quella specifica voce del Nomenclatore ai fini del rimborso.
4. Le singole voci del Nomenclatore, a cui sono collegate specifiche Tariffe, possono inoltre subire ulteriori limitazioni definite massimali.
5. I massimali possono essere:
 - a. *economici* (i.e. definiscono il valore massimo rimborsabile in un arco di tempo per una voce o gruppo di voci del Nomenclatore);
 - b. *a quantità* (i.e. definiscono il numero massimo di occorrenze rimborsabili in un arco di tempo per una voce o gruppo di voci del Nomenclatore);
 - c. *a evento* (i.e. definiscono il numero massimo di occorrenze rimborsabili, a quantità o valore, al verificarsi di un particolare evento sanitario).

Art. 26 - Modalità di presentazione delle richieste per il rimborso

1. A norma dell'art. 47 del Regolamento Generale la documentazione necessaria per ottenere il rimborso deve essere presentata, entro i termini definiti nel suddetto articolo, in formato digitale.
2. Qualora il Socio presentasse documentazione in cartaceo verrà applicato, per ciascun plico, un contributo di dematerializzazione pari a € 3,00.
3. La documentazione in originale eventualmente consegnata o inviata non sarà restituita.

Art. 27 - Tetti e massimali nei cambi di Piano

1. Nelle prestazioni sanitarie sottoposte a tetti e massimali, nel caso in cui si verifichi un cambio di Piano sanitario di adesione, le limitazioni previste dal Piano di destinazione si computano decurtando le prestazioni già fruite nel Piano di provenienza.
2. Il diritto alla prestazione è considerato decorrente dalla data di prima erogazione della medesima, anche se tale erogazione ha avuto luogo nell'ambito di un diverso Piano.

CAPO I - ACCERTAMENTI CLINICI E DIAGNOSTICI

Art. 28 - Definizione

1. Per accertamenti clinici e diagnostici si intendono analisi, esami di laboratorio e strumentali finalizzati alla diagnosi e cura.

Art. 29 - Accertamenti clinici e diagnostici

1. Nell'ambito degli accertamenti clinici, le analisi di laboratorio sono rimborsate al 50% della spesa sostenuta; la restante parte rimarrà a carico del Socio a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria.
2. Per tutti gli altri accertamenti clinici e diagnostici il rimborso è previsto entro il limite massimo rappresentato dalla Tariffa, fatte salve le franchigie eventualmente indicate dal Nomenclatore.
3. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - prescrizione medica;
 - fattura intestata all'Assistito con indicazione del dettaglio della spesa sostenuta per ciascun accertamento.
4. La Mutua si riserva di chiedere in visione i referti relativi agli accertamenti effettuati.
5. L'intervento della Mutua non è previsto per i *check-up* generici.
6. L'intervento della Mutua non è previsto per le indagini predittive, a prescindere dalla tipologia e dall'ambito di applicazione. Le indagini predittive, prive di valore diagnostico, sono finalizzate a individuare l'eventuale predisposizione di un soggetto a sviluppare condizioni patologiche.

CAPO II - ASSISTENZE

Art. 30 - Assistenza ai non autosufficienti / LTC (Long term care) - Definizione

1. La copertura della Mutua in caso di perdita di autosufficienza nel compiere atti di vita quotidiana è prevista per gli Assistiti che si trovino, a seguito di malattia o infortunio, per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi e presumibilmente in modo permanente, ad aver bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per essere aiutati nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività elementari della vita quotidiana, oppure siano affetti da grave demenza invalidante comprovata dalla diagnosi di un neurologo e/o gerontologo con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di una terza persona.
2. Le attività elementari della vita quotidiana (*activities of daily living* o ADL) sono definite come:
 - a. lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);

- b. vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assistito, per la parte superiore o inferiore del corpo;
 - c. nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
 - d. andare in bagno: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
 - e. muoversi: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
 - f. spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.
3. Questa copertura ha la finalità di garantire all'Assistito la corresponsione di una rendita mensile per fronteggiare il costo delle prestazioni di carattere socio-assistenziale rese necessarie dalla condizione di impossibilità del soggetto a prendersi cura di se stesso (prestazioni le cui spese non devono essere documentate).

Art. 31 - Assistenza ai non autosufficienti (LTC) - Erogazione della copertura

1. Possono inoltrare la richiesta di riconoscimento dell'assistenza tutti coloro che soddisfano i requisiti definiti nel precedente art. 30.
2. La documentazione (reperibile sul sito istituzionale) da presentare è la seguente:
 - questionario NAS compilato dall'Assistito;
 - questionario ADL compilato dal Medico Curante;
 - documentazione clinica comprovante lo stato di "non autosufficienza" (cartelle cliniche, referti, accertamenti strumentali, ecc.).
3. La Mutua si riserva in qualsiasi momento il diritto, ove lo ritenga necessario, di richiedere documentazione medica aggiuntiva e/o di verificare, anche attraverso visite domiciliari da parte di sanitari di propria fiducia, lo stato di malattia degli Assistiti. Il rifiuto dell'Assistito di fornire la documentazione richiesta e/o di sottoporsi ai controlli richiesti determina la perdita del diritto alla prestazione.
4. In caso di diniego, l'Assistito potrà inoltrare nuovamente domanda solo in caso di mutate condizioni di salute e comunque non prima di tre mesi dalla precedente richiesta.
5. L'Assistito è tenuto a comunicare tempestivamente alla Mutua il recupero dello stato di autosufficienza. La Mutua si riserva, inoltre, il diritto di verificare la sussistenza nel tempo dei requisiti che hanno determinato l'erogazione del contributo.
6. La copertura può essere fornita in modalità di erogazione diretta dalla Mutua o in modalità intermediata per il tramite di polizze assicurative.
7. L'erogazione diretta da parte della Mutua è prevista per:

- a. gli Assistiti che beneficiano dell'assistenza alla non autosufficienza con un riconoscimento della stessa a tempo indeterminato rilasciata in data precedente al 01/01/2018, alle condizioni in vigore al momento del riconoscimento;
 - b. gli Assistiti che beneficiano di un riconoscimento alla prestazione a tempo determinato fino al termine del periodo concesso;
 - c. coloro che per requisiti di assistibilità non possono usufruire di copertura assicurativa mediante polizza.
8. La Mutua, in caso di riconoscimento, eroga un contributo entro i limiti previsti dal Nomenclatore, a partire dal mese successivo a quello di presentazione della domanda.
 9. Per le domande incomplete l'eventuale riconoscimento del contributo decorrerà dal mese successivo a quello di presentazione degli elementi mancanti.
 10. Il contributo cessa di essere erogato in caso di:
 - a. cessazione dell'iscrizione alla Mutua;
 - b. recupero della autosufficienza;
 - c. decesso dell'Assistito.
 11. Eventuali prestazioni riferite a periodi successivi a tali eventi dovranno essere restituite in quota parte anche per frazioni di mesi.
 12. L'erogazione intermediata per il tramite di una polizza è prevista per gli Assistiti per le quali ricorrano le condizioni di assistibilità definite dalla polizza stessa (reperibile sul sito istituzionale). Il contributo, una volta riconosciuto, può continuare a essere erogato anche in caso di cessazione dell'iscrizione alla Mutua sempreché tale possibilità sia prevista dalle condizioni di polizza.

Art. 32 - Assistenza ai non autosufficienti temporanei

1. La copertura è prevista per l'assistenza domiciliare a seguito di infortunio, ricovero con intervento chirurgico o eventi morbosi di particolare gravità, che abbia determinato una temporanea non autosufficienza con una riduzione dell'autonomia nello svolgimento regolare di almeno tre su sei attività elementari della vita quotidiana (ADL).
2. Tale copertura è subordinata alla valutazione e preventiva autorizzazione rilasciata da parte della Mutua in cui è presente il numero massimo di mesi riconosciuti, che in ogni caso non possono essere superiori a tre.
3. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - questionario NAS compilato dall'Assistito;
 - questionario ADL compilato dal Medico Curante;
 - documentazione clinica comprovante lo stato di "non autosufficienza" (cartelle cliniche, referti, accertamenti strumentali, ecc.).
4. La Mutua eroga un contributo mensile entro i limiti previsti dal Nomenclatore.

Art. 33 - Assistenza per malati in fase terminale

1. La copertura per l'assistenza infermieristica e/o paramedica domiciliare è previsto per gli Assistiti la cui patologia non risponde più a trattamenti specifici, ma che necessitano comunque di cure palliative e di supporto.
2. Il contributo è onnicomprensivo giornaliero nei limiti previsti dal Nomenclatore ed è erogato per un massimo di tre mesi.
3. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - dettagliata relazione sanitaria comprovante lo stato della malattia dalla quale emerga in modo chiaro lo stato clinicamente irreversibile dell'Assistito tanto da potersi definire in fase terminale di malattia;
 - fattura intestata all'Assistito o documentazione equipollente con l'indicazione del periodo e della spesa sostenuta.
4. La presente copertura non può essere erogata in concomitanza con altre forme di assistenza previste dalla Mutua.

Art. 34 - Assistenza infermieristica

1. Il rimborso per l'assistenza infermieristica continuata a domicilio è previsto solo per gli Assistiti in stato di malattia in fase acuta e che, per le loro condizioni cliniche, necessitano di assistenza da parte di personale infermieristico. Il rimborso è riconosciuto solo se le prestazioni assistenziali sono rese da personale qualificato in possesso della certificazione comprovante la qualifica professionale.
2. Il rimborso è previsto nei limiti e nell'ammontare indicati dal Nomenclatore.
3. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - certificazione comprovante la qualifica professionale dell'infermiere;
 - relazione sanitaria da cui risulti la necessità del ricorso alla prestazione;
 - fattura o ricevuta fiscale intestata all'Assistito con l'indicazione del tipo di assistenza (diurna, notturna o diurna e notturna), del periodo, del compenso percepito.

CAPO III - CURE ODONTOIATRICHE

Art. 35 - Definizioni

1. Il rimborso è previsto per:
 - a. radiologia;
 - b. prestazioni di igiene orale e di parodontologia;
 - c. chirurgia orale e implantologia;
 - d. terapie conservative;
 - e. ortodonzia;
 - f. protesi.
 2. Le Tariffe sono comprensive della prima visita valutativa, dell'anestesia locale, dei punti di sutura, delle radiografie endorali, delle foto e di quant'altro necessario per l'effettuazione
-

delle prestazioni. Non è previsto alcun rimborso per le visite specialistiche odontoiatriche e gnatologiche e per le radiografie endorali singole.

Art. 36 - Modalità di rimborso

1. Per l'assistenza in forma indiretta il Socio, al termine della cura, deve presentare:
 - fattura intestata all'Assistito completa del dettaglio delle cure odontoiatriche effettuate (dettaglio compilabile anche sul modulo "Scheda per le cure odontoiatriche (indiretta)", disponibile sul sito istituzionale, firmato dal medico e dall'Assistito);
 - documentazione indicata nella colonna "Documentazione obbligatoria" del Nomenclatore.
2. Sono rimborsabili solo le fatture relative a cure già effettuate che devono essere ricevute dalla Mutua entro i termini di rimborso previsto.
3. Le fatture di acconto sono rimborsabili solo se presentate unitamente a quella di saldo. I termini di presentazione della documentazione per ottenere il rimborso decorrono, anche per le fatture di acconto, dalla data della fattura di saldo.

Art. 37 - Accesso in forma diretta - Autorizzazione

1. Per usufruire dell'assistenza in forma diretta l'Assistito si rivolge a uno Studio Odontoiatrico convenzionato, che deve richiedere a CASAGIT SALUTE una preventiva autorizzazione presentando la "Denuncia di inizio cure odontoiatriche" firmata dal medico e dall'Assistito e corredata della "Documentazione Obbligatoria" prevista per ciascuna prestazione dal Nomenclatore.
2. Rimangono a carico dell'Assistito:
 - prestazioni non previste dal Nomenclatore;
 - prestazioni non autorizzabili sebbene previste dal Nomenclatore;
 - quote a carico espressamente previste dal Nomenclatore.

CAPO IV - CURE TERMALI

Art. 38 - Cure termali

1. Il rimborso è previsto per le prestazioni effettuate in convenzione con il S.S.N. per l'ammontare del ticket e dell'eventuale quota regionale.
2. Non è previsto il rimborso per le prestazioni effettuate privatamente e delle eventuali ulteriori spese (es. sistemazione alberghiera, ecc.).
3. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare la ricevuta del centro termale indicante il valore del ticket pagato.

CAPO V - FARMACEUTICA

Art. 39 - Rimborso farmaci

1. Sono rimborsabili i farmaci acquistati tramite pagamento del ticket.
2. Il rimborso verrà erogato dietro presentazione dello scontrino fiscale “parlante” intestato all’Assistito.

Art. 40 - Materiale sanitario

1. Il rimborso per l’acquisto di materiale sanitario è previsto solo in presenza di gravi patologie, quali ad esempio malati in fase terminale, diabetici insulino-dipendenti, cateterizzati in permanenza, portatori di ano artificiale o comunque affetti da incontinenza, etc., entro i limiti previsti dal Nomenclatore.
2. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - prescrizione medica con indicazione della patologia;
 - fattura o scontrino fiscale “parlante” intestati all’Assistito.

Art. 41 - Latte artificiale per neonati, prodotti per la celiachia e aproteici

1. Il rimborso è riconosciuto entro i massimali economici previsti dal Nomenclatore.
2. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - scontrino fiscale “parlante” intestato all’Assistito;
 - limitatamente ai prodotti per la celiachia e aproteici, documentazione medica rilasciata dalla ASL attestante la presenza della patologia.

CAPO VI - LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA

Art. 42 - Lenti correttive della vista

1. La Mutua prevede un rimborso massimo erogabile, entro i termini di seguito indicati e i limiti previsti dal Nomenclatore, a prescindere dalla tipologia di acquisto effettuato (occhiale o lenti a contatto) e per singolo difetto visivo (lontano e vicino/media distanza).
2. Il rimborso ha valenza dalla data del primo acquisto ed è:
 - a. biennale per gli Assistiti maggiorenni;
 - b. annuale per gli Assistiti minorenni;
 - c. annuale in caso di gravi patologie quali trapianto di cornea, maculopatie degenerative e cheratocono.
3. In caso di modifica del visus post-acuzie, conseguente agli eventi di distacco di retina, glaucoma, pucker maculare o intervento per cataratta, la Mutua prevede l’erogazione di un rimborso omnicomprensivo, a prescindere dalla tipologia di acquisto effettuato (vicino o lontano, occhiale o lenti a contatto o prismatiche) e dal numero di acquisti effettuati, erogabile entro 12 mesi dall'evento.
4. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:

- prescrizione con l'indicazione del difetto visivo del medico oculista o dell'ottico o dell'optometrista (per queste ultime due figure non è previsto il rimborso per la misurazione della vista);
- fattura intestata all'Assistito con l'indicazione della tipologia dell'acquisto effettuato (occhiale o lenti a contatto) e del difetto visivo (lontano, vicino/media distanza o multifocale);
- in caso di gravi patologie o post acuzie deve inoltre presentare una certificazione dello specialista attestante la patologia con l'indicazione della data di insorgenza dell'evento.

CAPO VII - PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Art. 43 - Procreazione medicalmente assistita

1. Il rimborso per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) è previsto nei limiti definiti dal Nomenclatore e sottoposto a un massimale a vita differenziato in base al genere dell'Assistito.
2. È comprensivo di tutti gli accertamenti clinici e diagnostici strettamente correlati, delle spese mediche, farmaceutiche e ospedaliere e di eventuale inseminazione artificiale. È esclusa la crioconservazione per la quale non è previsto alcun rimborso.
3. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - protocollo diagnostico e terapeutico preliminare;
 - cartella clinica;
 - fattura intestata all'Assistito con l'indicazione delle prestazioni effettuate.

CAPO VIII - PROTESI, TUTORI ORTOPEDICI E PRESIDII TERAPEUTICI

Art. 44 - Protesi, tutori ortopedici e presidi terapeutici

1. Il rimborso nelle spese sostenute per l'acquisto di protesi, tutori ortopedici e presidi terapeutici è previsto entro i limiti del Nomenclatore.
2. Per le protesi, i tutori ortopedici e i presidi terapeutici non presenti nel tariffario, la pertinenza e la misura del rimborso erogabile, sono stabiliti secondo criteri di assimilazione con le prestazioni già previste dal Nomenclatore, a insindacabile giudizio espresso dalla Consulenza medica della Mutua.
3. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - prescrizione medica da cui risulti la necessità del ricorso alla prestazione. In caso di acquisto di protesi acustica, anche il referto dell'esame audiometrico;
 - fattura intestata all'Assistito con l'indicazione delle forniture effettuate e, in caso di acquisto di protesi acustica singola, indicazione dell'orecchio protesizzato.

CAPO IX - RIABILITAZIONI

Art. 45 - Terapie fisiche e riabilitative

1. Il rimborso è previsto, nei limiti del Nomenclatore, a seduta giornaliera e prescinde dal tempo impiegato, dal numero e dal tipo di tecniche utilizzate oltre che dal numero delle patologie e dai distretti interessati dal trattamento ed è determinato in base ai livelli di riabilitazione di seguito specificati nei successivi artt. 46-47-48.
2. Il rimborso è previsto solo nel caso in cui le prestazioni siano effettuate e fatturate da centri medici specializzati provvisti di autorizzazioni rilasciate dalle autorità competenti o eseguite e fatturate da fisioterapista o massofisioterapista regolarmente iscritto al relativo Ordine Professionale.
3. Non è previsto il rimborso per le terapie effettuate da personale senza qualifica di fisioterapista o massofisioterapista (chinesiologi, massaggiatori, diplomati ISEF, laureati in scienze motorie, pranoterapeuta, etc.) o in strutture non autorizzate (palestre, centri estetici, etc.) o con finalità estetiche.

Art. 46 - Terapie fisiche e riabilitative – Livello 1

1. Le Terapie fisiche e riabilitative – Livello 1 hanno a oggetto la riabilitazione finalizzata al recupero di gravi disabilità accertate e definite sulla base di una riconosciuta invalidità clinica (ad esempio: sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, etc.).
2. L'inserimento in questo livello è subordinato alla valutazione e preventiva autorizzazione rilasciata da parte della Mutua, valida per l'anno in corso, in cui è presente il numero massimo di sedute approvate, che comunque non può essere superiore a 104 sedute per anno.
3. Per ottenere l'autorizzazione, il Socio deve presentare:
 - prescrizione del medico specialista della patologia per la quale è richiesta la riabilitazione, con dettagliata relazione sanitaria sull'attuale condizione clinica corredata da indagini radiologiche/strumentali e relativo piano riabilitativo.
4. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - copia dell'autorizzazione rilasciata;
 - fattura intestata all'Assistito nella quale devono essere indicati il numero e le date delle singole sedute effettuate.

Art. 47 - Terapie fisiche e riabilitative – Livello 2

1. Le Terapie fisiche e riabilitative – Livello 2 hanno a oggetto la riabilitazione finalizzata al recupero di gravi disabilità conseguenti e immediatamente successive a traumi/eventi che abbiano comportato: un ricovero o una prognosi iniziale di pronto soccorso pubblico superiore ai 20 giorni.
2. Tale ciclo riabilitativo dovrà essere effettuato nell'arco di 6 mesi dalla data della prima seduta.

3. È previsto fino a un massimo di 48 sedute per evento.
4. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - lettera di dimissione dal ricovero o cartella clinica o certificato di pronto soccorso pubblico;
 - prescrizione del medico corredata di diagnosi e relativo piano riabilitativo;
 - fattura intestata all'Assistito nella quale devono essere indicati il numero e le date delle singole sedute effettuate.

Art. 48 - Terapie fisiche e riabilitative – Livello 3

1. Le Terapie fisiche e riabilitative – Livello 3 hanno a oggetto la riabilitazione finalizzata al recupero di tutte le disabilità non previste nei precedenti livelli (ad esempio: artrosi, periartriti, tendiniti, sindromi algiche vertebrali, disturbi dovuti a ernie discali tipo sciatalgia, cruralgia, brachialgia, ecc.).
2. A chi abbia già avuto accesso al livello riabilitativo Livello 1 è precluso l'accesso a questo livello.
3. È previsto fino a un massimo di 12 sedute per anno (dal 1° gennaio al 31 dicembre) a prescindere dal numero delle patologie e dai distretti interessati.
4. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - prescrizione del medico corredata di diagnosi e relativo piano riabilitativo;
 - fattura intestata all'Assistito nella quale devono essere indicati il numero e le date delle singole sedute effettuate.

Art. 49 - Terapie fisiche e riabilitative – Dismorfismi dell'età evolutiva

1. Per i dismorfismi del rachide dell'età evolutiva, dietro preventiva autorizzazione, saranno rimborsate un numero massimo di 50 sedute per anno.
2. Per gli altri dismorfismi dell'età evolutiva si applicano le regole stabilite per le terapie fisiche e riabilitative del Livello 3.
3. Per le patologie cui conseguono gravi disabilità dell'età evolutiva con invalidità totale accertata si applicano le regole stabilite per le terapie fisiche e riabilitative del Livello 1.
4. Per ottenere l'autorizzazione, il Socio deve presentare la prescrizione del medico specialista corredata da indagini radiologiche/strumentali e relativo piano riabilitativo.
5. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - copia dell'autorizzazione rilasciata;
 - fattura intestata all'Assistito nella quale devono essere indicati il numero e le date delle singole sedute effettuate.

Art. 50 - Altre terapie

1. Il rimborso è previsto, entro i limiti del Nomenclatore, anche per le seguenti prestazioni:
 - agopuntura a scopo terapeutico;
 - corso di preparazione al parto;

- drenaggio linfatico manuale (solo in corso di edema post-chirurgico degli arti come esito di interventi oncologici);
 - logoterapia;
 - manipolazioni vertebrali (manu medica);
 - ossigeno - ozonoterapia (solo per patologie articolari e reumatiche e nel trattamento delle ernie discali);
 - shiatsu terapia;
 - terapia iperbarica;
 - terapia occupazionale;
 - terapia con onde d'urto focali (solo dietro prescrizione dello specialista ortopedico indicante la diagnosi dettagliata comprovata da indagine strumentale);
 - trattamento osteopatico e/o chiropratico.
2. Le prestazioni non incluse nell'elenco sopra riportato non saranno rimborsate.
3. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
- prescrizione medica con indicazione della diagnosi in base alla quale viene ritenuto opportuno il ricorso alle terapie stesse;
 - fattura intestata all'Assistito nella quale devono essere indicati il numero di sedute e le date delle prestazioni effettuate.

CAPITOLO X - RICOVERI E CHIRURGIA AMBULATORIALE

Art. 51 - Ricoveri ordinari con e senza intervento chirurgico

1. Per il ricovero effettuato nel territorio nazionale, il rimborso, entro i limiti indicati nel Nomenclatore, è previsto per:
 - la retta di degenza (comprensiva di servizi e di pernottamento della persona di compagnia) o la differenza di retta alberghiera in caso di ricovero a carico del SSN (comprensiva di Iva);
 - le prestazioni sanitarie in corso di ricovero.
2. I ricoveri senza intervento chirurgico sono rimborsati entro i limiti e con l'applicazione delle franchigie giornaliere indicati nel Nomenclatore.
3. Per il ricovero effettuato fuori dal territorio nazionale:
 - a. SE COPERTO dal Servizio Sanitario Nazionale del Paese in cui ha avuto luogo, il rimborso è integrale per le spese sostenute limitatamente alla retta di degenza (inclusi i servizi e il pernottamento della persona di compagnia). Per le prestazioni sanitarie in corso di ricovero il rimborso è entro i limiti previsti dal Nomenclatore, analogamente ai ricoveri effettuati nel territorio nazionale;
 - b. SE NON COPERTO dal Servizio Sanitario Nazionale del Paese in cui ha avuto luogo il rimborso è previsto nei limiti del Nomenclatore. Per l'eventuale assistenza complementare il rimborso è previsto nei limiti del Nomenclatore, analogamente ai ricoveri effettuati nel territorio nazionale.

4. In ogni caso il rimborso non può essere superiore al limite massimo di € 150.000 a evento.
5. Costituiscono unico evento tutti i ricoveri correlati tra loro da una medesima diagnosi di ingresso o ricoveri finalizzati a terapie oncologiche.
6. Il rimborso non è previsto per accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori a norma di legge, prestazioni effettuate esclusivamente con finalità di ordine estetico e per terapie o accertamenti clinici e diagnostici che possono essere effettuati anche ambulatorialmente.
7. Il rimborso per interventi sulle ossa mascellari e sulla mandibola, sui relativi elementi dentari e tessuti molli orali e periorali è previsto esclusivamente in forma ambulatoriale e prevede il riconoscimento delle sole prestazioni mediche relative al primo operatore che si intendono omnicomprensive e saranno esclusi dal rimborso tutti gli altri costi correlati (es. di struttura, sala operatoria, sala ambulatoriale, materiali, medicinali, farmaci, etc.).
8. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - copia integrale della cartella clinica;
 - fattura intestata all'Assistito con l'indicazione delle prestazioni erogate.

Art. 52 - Interventi con rimborso omnicomprensivo ("a pacchetto")

1. Gli interventi "a pacchetto", chirurgici ed endoscopici, sono rimborsati entro i limiti massimi indicati nel Nomenclatore sia per ricoveri usufruiti in forma diretta che per quelli in forma indiretta.
2. Concorrono al rimborso: spese mediche chirurgiche e diagnostiche, soggiorno in clinica, iva, utilizzo strumenti operatori, materiali sanitari, farmaci, protesi e mezzi di sintesi (se utilizzati), iva e bolli, accertamenti pre-operatori e visite post-operatorie di controllo.
3. Il rimborso "a pacchetto" viene applicato solo in presenza delle fatture sia della struttura sanitaria sia dei sanitari; in mancanza della fatturazione da parte della struttura verranno rimborsate esclusivamente le prestazioni sanitarie entro i limiti previsti dal Nomenclatore.
4. Se il ricovero o la procedura ambulatoriale sono effettuati in struttura convenzionata con la Mutua, ma l'equipe non è convenzionata, l'Assistito deve sostenere personalmente tutti i costi e presentare la documentazione necessaria per il rimborso del ricovero come previsto per i ricoveri usufruiti in forma indiretta.
5. Se durante il ricovero emergono complicanze, documentate nella cartella clinica, che modificano in modo sostanziale il quadro clinico, l'intervento non è più considerato "a pacchetto" ma l'intero ricovero è rimborsato secondo le modalità di cui al precedente art. 51.
6. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - copia integrale della cartella clinica o registro di sala operatoria/atto operatorio;
 - fattura intestata all'Assistito con l'indicazione delle prestazioni erogate.

Art. 53 - Ricoveri per riabilitazioni

1. Il rimborso è omnicomprensivo nei limiti del Nomenclatore e in base alla tipologia di riabilitazione.

2. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - copia integrale della cartella clinica o, in mancanza, relazione di dimissione;
 - fattura intestata all'Assistito con l'indicazione delle prestazioni erogate.

Art. 54 - Ricoveri per lungodegenza, per malati in fase terminale

1. Il rimborso è onnicomprensivo nei limiti del Nomenclatore per ogni giornata di degenza in base alla tipologia di ricovero (lungo degenza o per malati in fase terminale).
2. Per il riconoscimento del ricovero di lungodegenza, il Socio deve presentare lettera di ammissione presso la Struttura (indicante giorno di ammissione, diagnosi motivante il ricorso al ricovero e tipo/livello di assistenza fornito).
3. Per i malati in fase terminale, il rimborso è previsto per la durata massima di tre mesi.
4. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - copia integrale della cartella clinica o, in mancanza, adeguata documentazione sanitaria rilasciata dall'istituto di cura da cui risulti la durata o il perdurare del ricovero;
 - fattura intestata all'Assistito con l'indicazione delle prestazioni erogate.

Art. 55 - Ricoveri presso comunità di recupero

1. Per i programmi di riabilitazione presso le Comunità di Recupero, di chi è vittima di abuso di sostanze stupefacenti, ludopatie, disturbi alimentari o disagi psichici è previsto il rimborso, una volta nel corso della vita, nei limiti e con le modalità previste dal Nomenclatore.
2. Per ottenere il rimborso, a dimissione avvenuta, il Socio deve presentare:
 - relazione sanitaria;
 - scheda anamnestica di accettazione presso la Comunità;
 - fattura intestata all'Assistito con l'indicazione delle prestazioni erogate.

Art. 56 - Chirurgia ambulatoriale ordinaria

1. Il rimborso è previsto entro i limiti indicati nel Nomenclatore e sono esclusi tutti gli interventi effettuati con finalità estetica.
2. Per ottenere il rimborso il Socio deve presentare:
 - cartella clinica ambulatoriale o registro di sala operatoria/atto operatorio o relazione sanitaria da cui risulti: anamnesi, esame obiettivo, sospetto diagnostico e descrizione dell'intervento;
 - esame istologico (ove previsto);
 - fotografie pre e/o post operatorie (ove previsto);
 - fattura intestata all'Assistito con l'indicazione delle prestazioni erogate.

Art. 57 - Accesso in forma diretta - Autorizzazione

1. Il ricovero e la procedura di chirurgia ambulatoriale presso una struttura convenzionata prevedono il rilascio di un'autorizzazione preventiva, valida 30 giorni dalla data di emissione del documento.
2. L'autorizzazione per il ricovero è concessa per il periodo strettamente necessario alla risoluzione della fase acuta della patologia ed è subordinata alla sottoscrizione, all'atto del ricovero, della "Informativa" sia da parte dell'assistito che della Struttura. In assenza di tale documento debitamente firmato l'autorizzazione, pur se già concessa, deve intendersi annullata.
3. Per ottenere l'autorizzazione è necessario inviare, con le modalità indicate sul sito istituzionale, una richiesta contenente:
 - nominativo e codice dell'Assistito, recapito telefonico, data presunta del ricovero o dell'intervento/procedura ambulatoriale, nominativo del sanitario che lo prenderà in carico nonché denominazione della struttura scelta;
 - certificato medico attestante la necessità del ricovero o della procedura ambulatoriale, con la specifica della diagnosi d'ingresso, del piano terapeutico e dell'eventuale procedura chirurgica con la relativa tecnica di effettuazione e, in caso di ricovero, anche la presumibile durata dello stesso;
 - eventuali referti degli accertamenti diagnostici pertinenti con la patologia per la quale si richiede il ricovero.
4. L'Assistito è tenuto a contattare la struttura scelta per verificare che il medico e l'equipe aderiscano alla convenzione e accertare la sussistenza di eventuali oneri a suo carico. Se il medico o l'equipe non sono convenzionati, e qualora la convenzione non lo preveda, l'Assistito deve sostenere personalmente il costo dell'intervento chirurgico e presentare la documentazione necessaria per il rimborso, come previsto in forma indiretta.
5. L'autorizzazione non è richiesta per ricovero o procedure ambulatoriali in strutture non convenzionate, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva.
6. Per gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, sia presso strutture convenzionate che non, è sempre necessario inviare una richiesta di autorizzazione, corredata da una dettagliata relazione dello specialista attestante la patologia e la documentazione clinica, radiografica o fotografica, che dimostri la necessità funzionale e terapeutica dell'intervento. In caso di accoglimento l'Assistito ha diritto al rimborso in forma indiretta.
7. La Mutua si riserva di effettuare, per mezzo di propri sanitari, visite di controllo pre-ricovero, post-ricovero e in corso di ricovero.

CAPO XI - VISITE SPECIALISTICHE

Art. 58 - Visite specialistiche

1. Per le visite specialistiche, i consulti e le visite omeopatiche è previsto il rimborso della spesa sostenuta con una franchigia del 15% e fino alla concorrenza del massimale economico annuo di € 800,00 per Assistito.
2. Il rimborso non è previsto per le visite medico-generiche, odontoiatriche, medico-legali, medico-sportive, di medicina del lavoro, chiropratiche e osteopatiche, nonché per le visite gnatologiche se effettuate da specialista diverso dal maxillo facciale.
3. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare fattura intestata all'Assistito rilasciata dallo specialista, da cui risulti chiaramente la specializzazione, con indicazione del tipo di visita effettuata (visita ortopedica, oculistica, ecc.).

CAPO XII - CURE ONCOLOGICHE

Art. 59 - Massimale per oncologia

1. Il rimborso è previsto per le spese sostenute fino alla concorrenza del massimale di €150.000,00 nella vita.
2. Le spese che concorrono all'erosione del massimale di cui al precedente comma sono:
 - a) medicinali, il cui rimborso è previsto solo per il paziente oncologico, rimborsati al 50% della spesa sostenuta;
 - b) degenza e assistenza medica per le sedute di radioterapia e di chemioterapia (compreso il farmaco chemioterapico) in base alla Tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario;
 - c) radioterapia in base alla Tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario;
 - d) visite specialistiche per la parte che eccede il massimale delle visite specialistiche, fermo restando l'applicazione della franchigia del 15%.
3. Per ottenere il rimborso il Socio deve presentare copia della documentazione rilasciata da una struttura pubblica che attesti lo stato di "patologia oncologica".
4. Decorsi 5 anni, la Mutua si riserva la possibilità di chiedere il rinnovo della documentazione certificante il permanere della patologia.

CAPO XIII - CORRISPONDENTI DALL'ESTERO

Art. 60 - Rimborso delle prestazioni

1. Il rimborso per le prestazioni effettuate fuori dal territorio nazionale è riconosciuto con le modalità definite negli articoli contenuti nel presente Piano sanitario di adesione, salvo quanto diversamente stabilito dagli artt. 61-62 ai soli giornalisti professionisti che svolgono l'incarico di corrispondenti dall'estero e agli inviati speciali.
2. Per accedere al rimborso di cui al precedente comma 1 il giornalista deve presentare documentazione attestante l'attività di corrispondente dall'estero.

3. La medesima possibilità è riconosciuta ai “pensionati ex corrispondenti” e residenti all’estero nel paese in cui hanno svolto l’ultima, o prevalente, attività di corrispondente prima dell’ingresso in pensione.
4. Per poter accedere al trattamento di maggior favore il giornalista “pensionato ex corrispondente” deve presentare idonea documentazione attestante la precedente attività di corrispondente dall’estero e il certificato di residenza; l’inviato speciale deve inviare idonea documentazione attestante la sua condizione.
5. Il rimborso per l’Assistito che si avvalga dell’assistenza garantita dal Servizio Sanitario del Paese ove presta la propria attività professionale, ovvero dove risiede, è relativo alle sole quote eventualmente poste a suo carico. Pertanto, qualora l’Assistito, successivamente al rimborso, abbia ottenuto il rimborso anche da parte del Servizio Sanitario è tenuto a restituire a CASAGIT SALUTE l’importo corrispondente alla somma eccedente la spesa sostenuta.
6. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare oltre alla documentazione prevista nelle singole sezioni del presente documento, una documentazione di spesa (fattura o similare) e l’attestazione dell’avvenuto pagamento.
7. È necessario che tutte le fatture siano debitamente compilate e ufficialmente tradotte, per evitare che risultino mancanti o incomprensibili gli elementi necessari a una corretta valutazione, da parte degli uffici della Mutua, dei rimborsi di competenza.
8. Per tutte le prestazioni sanitarie fruite in Italia si applicano le modalità definite nel presente documento con esclusioni delle prestazioni di radiodiagnostica e patologia clinica ambulatoriale per le quali si applica sempre, ove esistenti, le Tariffe di maggior favore previste in corso di ricovero o di procedure ambulatoriali.

Art. 61 - Ricoveri

1. Per le prestazioni effettuate fuori dal territorio nazionale è riconosciuto un rimborso dell’80% della spesa, entro un limite massimo di € 50.000 a evento, elevato a € 150.000 per i grandi interventi, di cui all’allegato A, e comprensivo di farmaci, assistenza e accertamenti.
2. Il rimborso è riconosciuto nei limiti previsti dal Nomenclatore per:
 - a. assistenza complementare in corso di ricovero;
 - b. ricoveri per lungodegenza;
 - c. ricoveri per riabilitazione motoria;
 - d. ricoveri per assistenza ai malati in fase terminale.

Art. 62 - Altre prestazioni

1. Per le prestazioni effettuate fuori dal territorio nazionale è riconosciuto un rimborso dell’80% della spesa sostenute per:
 - a. accertamenti clinici e diagnostici;
 - b. assistenza medica;
 - c. chirurgia ambulatoriale;

- d. radioterapia e medicina nucleare;
- e. visite specialistiche;
- f. farmaci;
- g. cure odontoiatriche aventi a oggetto:
 - i. terapia conservativa;
 - ii. chirurgia odontoiatrica (con esclusione per implantologia, chirurgia rigenerativa e igiene orale);
 - iii. radiografia (panoramica, teleradiografia, tracciato cefalometrico, con esclusione delle rx-endorali per le quali non è previsto alcun rimborso).

CAPO XIV - VARIE

Art. 63 - IVA e imposta di bollo

1. La Mutua non prevede il rimborso, né in forma diretta né in forma indiretta, dell'IVA e dell'imposta di bollo sulle prestazioni, il cui costo rimane a carico dell'Assistito.
2. Le Tariffe non comprendono l'IVA e l'imposta di bollo; fanno eccezione gli interventi chirurgici a rimborso omnicomprensivi "a pacchetto", di cui al precedente art. 52.

Art. 64 - Ticket e quote regionali

1. Il rimborso previsto per i ticket sanitari e per le eventuali quote regionali è integrale.

Art. 65 - Interventi in via straordinaria

1. Il Socio può presentare una richiesta di integrazione riguardante ricoveri o casi di assoluta eccezionalità in funzione:
 - a. dell'onere rimasto a suo carico;
 - b. dell'eventuale onere già sostenuto dalla Mutua per il caso in esame;
 - c. delle condizioni economiche e della composizione dell'intero nucleo familiare del Socio.
2. Al fine di valutarne l'ammissibilità, il Socio deve presentare, secondo le modalità indicate dalla Mutua, specifica richiesta, contenente:
 - le motivazioni della richiesta;
 - l'evidenza degli oneri rimasti a carico;
 - la situazione familiare complessiva sia in termini economici che di composizione del nucleo.

Art. 66 - Prestazioni effettuate in convenzione con il S.S.N. fuori dalla Regione di residenza

1. Qualora l'Assistito effettui, fuori dalla Regione di residenza, una visita specialistica o prestazioni sanitarie legate a gravi patologie in strutture convenzionate con il S.S.N. e comunque senza oneri per la Mutua (fatta eccezione per eventuali ticket), può chiedere il

rimborso per le spese di viaggio sostenute per raggiungere la struttura a condizione che questa si trovi in una Regione differente da quella di residenza.

2. Il rimborso è previsto nel caso in cui la finalità del viaggio sia l'effettuazione della prestazione stessa, diversamente è rimborsato solo il valore del ticket.
3. L'entità del rimborso è determinata sulla base del Nomenclatore in misura omnicomprendente; il rimborso è differenziato se effettuato in Italia o all'estero, esclusi gli Assistiti residenti all'estero e quelli di cui capo XIII.
4. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - richiesta specifica contenente tutte le informazioni che hanno reso necessario lo spostamento;
 - idonea documentazione rilasciata dallo specialista o dalla struttura sanitaria attestante la prestazione effettuata (giustificativo sanitario);
 - documentazione riferita alle eventuali spese logistiche sostenute.

Art. 67 - Esclusioni

1. L'intervento della Mutua non è previsto per:
 - a. le prestazioni mediche aventi finalità di ordine estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva o funzionale);
 - b. le prestazioni mediche conseguenti a pregressi interventi o procedure di natura estetica;
 - c. le visite medico generiche, odontoiatriche, medico-legali, medico-sportive, di medicina del lavoro, chiropratiche e osteopatiche;
 - d. gli accertamenti e i trattamenti sanitari a norma di legge;
 - e. i check-up generici.

TITOLO IV - SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA

Art. 68 - Descrizione del servizio

1. Il servizio è intermediato per il tramite di apposita polizza (disponibile sul sito istituzionale).
2. Il servizio di assistenza in emergenza prevede:
 - a. assistenza sanitaria d'urgenza in Italia:
 - i. tele-video consulto medico generico o specialistico;
 - ii. reperimento e invio di un medico;
 - iii. reperimento e invio del personale infermieristico;
 - iv. trasporto sanitario anche per un accompagnatore;
 - b. assistenza sanitaria d'urgenza all'estero:
 - i. invio medicinali urgenti;
 - ii. rientro sanitario dall'estero;
 - iii. trasferimento / rimpatrio sanitario;
 - iv. rientro anticipato;
 - v. viaggio di un familiare in caso di ricovero;
 - vi. interprete.
3. Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:
 - a. mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni all'anno;
 - b. entro il limite di 3 (tre) sinistri per Assistito durante ciascun anno di validità della copertura, senza limite di numero di prestazioni e nell'ambito del medesimo sinistro;
 - c. entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza.
4. Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assistito sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

CAPO XV - ASSISTENZA SANITARIA D'URGENZA IN ITALIA

Art. 69 - Tele-video consulto medico generico e specialistico

1. La Centrale Operativa è a disposizione dell'Assistito per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, trasferendo la chiamata alla propria equipe medico generica/specialistica che valuterà, con il consenso dell'Assistito, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità videochiamata.
 2. Qualora a seguito di un consulto si renda necessaria una visita specialistica, un esame diagnostico o l'assunzione di un farmaco, la centrale operativa provvederà a trasmettere la relativa ricetta medica.
 3. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assistito o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:
-

- a. consigli medici di carattere generale;
 - b. informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.
4. La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assistito in condizione di ottenere quanto necessario.

Art. 70 - Invio di un medico o di un'ambulanza

1. Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assistito, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.
2. La prestazione viene fornita senza oneri a carico dell'Assistito.
3. Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, sarà organizzato il trasferimento in ambulanza dell'Assistito presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.
4. Resta inteso che in caso di emergenza grave la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

Art. 71 - Trasferimento sanitario programmato

1. Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Centrale Operativa e d'intesa con il medico curante dell'Assistito, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assistito con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di infortunio o malattia, sia necessario:
 - a. il suo trasferimento presso l'istituto di cura dove deve essere ricoverato;
 - b. il suo trasferimento dall'istituto di cura presso cui è ricoverato a un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
 - c. il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione da un istituto di cura.
 2. La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assistito con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:
 - a. aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
 - b. treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
 - c. autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.
 3. In base alle condizioni di salute dell'Assistito, la Centrale Operativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.
 4. Sono escluse dalla prestazione:
 - a. le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa possono essere curate sul posto;
-

- b. le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- c. tutti i casi in cui l'Assistito o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- d. tutte le spese diverse da quelle indicate in copertura.

Art. 72 - Assistenza infermieristica

1. Qualora l'Assistito necessiti, nei sette giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.
2. La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assistito al fine di offrire la migliore soluzione possibile.
3. La prestazione è fornita con un preavviso di tre giorni.
4. La prestazione sarà garantita per un massimo di due ore al giorno e per massimo di tre giorni.

CAPO XVI - ASSISTENZA SANITARIA D'URGENZA ALL'ESTERO

Art. 73 - Invio medicinali urgenti

1. Qualora l'Assistito necessiti, a seguito di infortunio o malattia, di medicinali regolarmente registrati in Italia, ma non reperibili sul luogo né sostituibili con medicinali locali ritenuti equivalenti dal servizio medico della Centrale Operativa, la stessa provvederà al loro reperimento e invio con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme e delle tempistiche che regolano il trasporto dei medicinali.
2. Nel caso fosse necessario, la Centrale Operativa potrà inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il domicilio dell'Assistito (o altro luogo da questi indicato) il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto.
3. Tale prestazione è assoggettata alle vigenti norme italiane e del paese in cui si trova l'Assistito.
4. La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.
5. Il costo dei medicinali è a carico dell'Assistito.

Art. 74 - Trasferimento / Rimpatrio sanitario

1. Qualora il servizio medico della Centrale Operativa consigli, a seguito di infortunio o malattia improvvisa dell'Assistito, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la Centrale Operativa organizzerà:
 - a. il trasferimento sanitario presso una struttura medica adeguata più vicina;
 - b. il rimpatrio sanitario nel paese di origine, se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
 - c. la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.
-

2. Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei a insindacabile giudizio della Centrale Operativa:
 - a. aereo sanitario (entro il limite di € 20.000,00);
 - b. aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
 - c. treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
 - d. autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
 - e. altro mezzo di trasporto.
3. Sono escluse dalla prestazione:
 - a. le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto;
 - b. le infermità o lesioni che non precludano all'Assistito la continuazione del viaggio o del soggiorno;
 - c. le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
 - d. tutti i casi in cui l'Assistito o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
 - e. tutte le spese diverse da quelle indicate.
4. La Mutua avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assistito.

Art. 75 - Rientro anticipato

1. Qualora l'Assistito abbia necessità di rientrare al proprio domicilio in Italia prima della data programmata, a causa di ricovero con prognosi superiore a 5 giorni o decesso di un familiare (coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), la Centrale Operativa fornirà un biglietto di viaggio di sola andata (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) entro il limite di € 500,00.
2. L'Assistito dovrà fornire, entro 15 (quindici) giorni dalla richiesta, il certificato attestante l'infortunio, la malattia improvvisa o il decesso del familiare così come il biglietto di viaggio non utilizzato.

Art. 76 - Viaggio di un familiare in caso di ricovero

1. Qualora l'Assistito, in viaggio da solo o con minore, venga ricoverato con prognosi superiore a cinque giorni, la Centrale Operativa fornirà un biglietto di sola andata (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere a un familiare residente nel paese di origine di raggiungere l'Assistito ricoverato il prima possibile. Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare.

Art. 77 - Interprete

1. Qualora l'Assistito venga ricoverato in un istituto di cura all'estero a seguito di infortunio o malattia improvvisa e abbia difficoltà linguistiche a comunicare con i medici, la Centrale Operativa provvederà a inviare un interprete sul posto entro le successive 48 (quarantotto) ore.
2. La copertura prevista è per un massimo di 4 (quattro) ore lavorative.
3. Qualora non sia possibile organizzare l'invio dell'interprete, la Centrale Operativa rimborserà, a seguito di presentazione dei relativi giustificativi di spesa, i costi sostenuti entro il limite di € 500,00 per sinistro e per periodo di assicurazione.

Art. 78 - Rinvii

1. Per gli ulteriori termini e condizioni di copertura aventi carattere di dettaglio è fatto espresso rinvio al testo integrale della polizza consultabile on line accedendo al sito istituzionale della Mutua.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE

RIAMMISSIONE IN COPERTURA DEI FAMILIARI USCITI DA CASAGIT

Familiari usciti prima del 1° gennaio 2024

1. I FAMILIARI per i quali è stata fatta cessare la copertura sanitaria anteriormente al 1° gennaio 2024 possono rientrare in copertura secondo il modello contributivo introdotto dalle nuove norme regolamentari in vigore dal 1° gennaio 2025, ossia mediante il versamento del contributo fisso per fascia d'età. Il rientro è ammesso:
 - a. presentando domanda di adesione entro il 31/12/2025;
 - b. nel rispetto del limite di età previsto dal presente Regolamento;
 - c. con carenza di 180 giorni.

Familiari usciti nel corso del 2024

1. I FAMILIARI per i quali è stata fatta cessare la copertura sanitaria nel corso del 2024 possono rientrare in copertura secondo il modello contributivo introdotto dalle nuove norme regolamentari in vigore dal 1° gennaio 2025, ossia mediante il versamento del contributo fisso per fascia d'età. Il rientro è ammesso:
 - a. presentando domanda di adesione entro il 31/12/2025;
 - b. nel rispetto del limite di età previsto dal presente Regolamento;
 - c. con carenza di 90 giorni.

RECESSO RETROATTIVO DEL FAMILIARE

1. Per coloro i quali dovesse risultare oneroso ed economicamente non sostenibile il contributo derivante dall'adozione delle nuove norme regolamentari in vigore dal 1° gennaio 2025, è data la possibilità di presentare richiesta di recesso per i propri FAMILIARI entro il 31/03/2025 con decorrenza anticipata dal 01/01/2025, in deroga a quanto previsto dall'art. 29 commi 2 e 3 del Regolamento Applicativo Generale.
2. Ai fini del recesso, la Mutua si riserva di verificare l'eventuale esposizione debitoria e la presenza di pratiche di rimborso liquidate in favore del FAMILIARE del Socio prima della richiesta di recesso. In caso di positivo riscontro, Casagit Salute potrà richiedere al Socio la regolarizzazione della posizione del FAMILIARE mediante il versamento dei contributi rimasti inevasi e/o la restituzione delle somme erogate a titolo di rimborso spese nel primo trimestre del 2025.
3. Per quanti dovessero presentare richiesta di recesso oltre il termine previsto dal punto 1, si applicherà quanto previsto dall'art. 29 commi 2 e 3 del Regolamento Applicativo Generale.

CONTRIBUTO FIGLI ED EQUIPARATI INABILI AL LAVORO

1. Ai FIGLI ED EQUIPARATI permanentemente inabili al lavoro che, al momento dell'entrata in vigore della nuova normativa, risultino già beneficiari dell'assistenza sanitaria a vita senza alcuna contribuzione, si applicano le esenzioni contributive previste dal testo normativo in vigore al tempo in cui è stato riconosciuto lo stato di inabili al lavoro.
2. Ai FIGLI ED EQUIPARATI dichiarati permanentemente inabili al lavoro a far data dal 1° gennaio 2025, invece, si applica la nuova normativa: gli stessi sono assistibili con contribuzione in quota fissa per fascia d'età fino al compimento del 35° anno.

INTERVENTI SOLIDARISTICI PER SOCI ORDINARI CASSINTEGRATI E DISOCCUPATI

1. Ai SOCI a cui è applicato il "contributo CIG a zero" o il "contributo agevolato zero" che, al momento dell'entrata in vigore della nuova normativa, si trovano in regime di cassa integrazione o di disoccupazione si applicano le disposizioni in materia di interventi solidaristici in vigore al momento in cui è stata loro riconosciuta la CIG o DIS; ai loro FAMILIARI, invece, si applica la normativa in vigore dal 1° gennaio 2025, ossia la contribuzione in quota fissa per fascia d'età.