CASAGIT SALUTE

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

REGOLAMENTO APPLICATIVO PIANO SANITARIO DI ADESIONE "SALUTE ATTIVA"

EDIZIONE 2026

TITOLO I - PIANO SANITARIO DI ADESIONE 3
Art. 1 - Struttura del Piano sanitario di adesione 3
Art. 2 - Ingresso nel Piano sanitario di adesione 3
TITOLO II - PROFILO CONTRIBUTIVO 4
CAPO I - ADESIONI INDIVIDUALI 4
Art. 3 - Contributo in quota fissa per fasce d'età 4
Art. 4 - Contributo in quota fissa Socio 4
Art. 5 - Contributo agevolato in quota fissa 4
CAPO II - ADESIONI COLLETTIVE 5
Art. 6 - Determinazione del contributo 5
CAPO III - FAMILIARI 5
Art. 7 - Estensione copertura ai familiari 5
Art. 8 - Contribuzione per i coniugi e i conviventi more uxorio 5
Art. 9 - Contribuzione per i figli 5
Art. 10 - Riduzione per i familiari 5
CAPO IV - QUOTE CONTRIBUTIVE 6
Art. 11 - Quote deliberate dal Consiglio di Amministrazione 6
TITOLO III - PROFILO SANITARIO 7
Art. 12 - Definizioni 7
Art. 13 - Massimali economici 7
Art. 14 - Modalità di presentazione delle richieste per il rimborso 7
Art. 15 - Tetti e massimali nei cambi di piano 8
CAPO V - ACCERTAMENTI CLINICI E DIAGNOSTICI 8
Art. 16 - Accertamenti clinici 8
Art. 17 - Accertamenti diagnostici 8
Art. 18 - Accertamenti clinici e diagnostici nel pacchetto maternità 9
CAPO VI - ASSISTENZE 9
Art. 19 - Assistenza ai non autosufficienti / LTC (Long Term Care) 9
CAPO VII - CURE ODONTOIATRICHE 10
Art. 20 - Cure odontoiatriche 10
CAPO VIII - LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA 11
Art. 21 - Lenti correttive della vista 11
CAPO IX - RICOVERI 12
Art. 22 - Ricoveri per malattie pregresse 12
Art. 23 - Ricoveri per Grandi Interventi - Autorizzazione 12
Art. 23bis - Ricoveri per Grandi Interventi 12
Art. 24 - Ricoveri con rimborso forfetario 14
Art. 25 - Cure oncologiche e altre terapie 14

CAPO X - RIABILITAZIONI 14
Art. 26 - Terapie fisiche e riabilitative 14
CAPO XI - VISITE SPECIALISTICHE 15
Art. 27 - Visite specialistiche 15
Art. 28 - Pacchetti prevenzione 15
CAPO XII - VARIE 16
Art. 29 - Ticket e quote regionali 16
Art. 30 - Esclusioni 16
TITOLO IV - SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA 17
Art. 31 - Descrizione del servizio 17
CAPO XIII - ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA IN ITALIA 18
Art. 32 - Tele-video consulto medico generico e specialistico 18
Art. 33 - Prescrizione medica 18
Art. 34 - Invio di un medico o di un'ambulanza 18
CAPO XIV - SERVIZI PRIMA DURANTE E DOPO IL RICOVERO 19
Art. 35 - Trasferimento sanitario programmato 19
Art. 36 - Assistenza non specialistica presso l'istituto di cura (durante il ricovero) 19
Art. 37 - Reperimento e fornitura di presidi medico-chirurgici 20
Art. 38 - Assistenza infermieristica 20
Art. 39 - Reperimento e consegna farmaci 20
Art. 40 - Invio di un fisioterapista 21
Art. 41 - Invio operatore socio-assistenziale 21
Art. 42 - Disbrigo delle quotidianità 21
CAPO XV - ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA 21
Art. 43 - Prelievo campioni 21
Art. 44 - Consegna esiti esami 22
CAPO XVI - ASSISTENZA SANITARIA D'URGENZA ALL'ESTERO 22
Art. 45 - Invio medicinali urgenti 22
Art. 46 - Trasferimento / Rimpatrio sanitario 22
Art. 47 - Rientro anticipato 23
Art. 48 - Viaggio di un familiare in caso di ricovero 23
Art. 49 - Interprete 23
CAPO XVII - CONSULTO TELEFONICO VETERINARIO 24
Art. 50 - Consulenza veterinaria d'urgenza 24
Art. 51 - Rinvii 24

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 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. tutti coloro che, a norma dell'articolo 5 comma 3 lettera a) e b) dello Statuto, presentino domanda di adesione;
    b. tutti coloro che, già coperti da uno degli altri piani sanitari, presentino domanda di adesione, sempreché siano rispettate le disposizioni di cui all'articolo 56 del Regolamento Generale.
2. L'adesione in forma individuale, di cui al comma precedente, non è consentita superati i 60 anni di età, ad eccezione dei familiari iscritti nel momento del decesso del Socio, che possono mantenere la copertura con il medesimo piano, presentando domanda di adesione individuale come Socio ordinario convenzionato.
3. Il limite età di cui al comma precedente si applica anche ai familiari cui il Socio volesse estendere la copertura.
4. L'ingresso nel presente Piano sanitario di adesione è previsto in forma collettiva per coloro che aderiscono collettivamente sulla base del titolo negoziale sottostante e sempreché lo stesso sia stato recepito dal Consiglio di Amministrazione della Mutua.

TITOLO II - PROFILO CONTRIBUTIVO

CAPO I - ADESIONI INDIVIDUALI

Art. 3 - Contributo in quota fissa per fasce d'età

1. Per le adesioni individuali dei Soci è previsto un contributo per fasce d'età.
2. Il passaggio da una fascia d'età a quella successiva ha effetto dal primo giorno del mese successivo al compimento degli anni.
3. L'ammontare del contributo è definito dal Consiglio di Amministrazione della Mutua.

Art. 4 - Contributo in quota fissa Socio

1. Per le adesioni individuali dei Soci antecedenti al 1° gennaio 2021 il contributo è definito in quota fissa – "contributo in quota fissa Socio".

Art. 5 - Contributo agevolato in quota fissa

1. I Soci a adesione collettiva che si trovino in aspettativa generica, aspettativa per maternità facoltativa, cassa integrazione a zero ore o in qualsiasi altra situazione in cui sono sospesi gli effetti del titolo negoziale che ha determinato l'adesione collettiva, sono tenuti al contributo agevolato in quota fissa ove sia previsto dal titolo negoziale sottostante o il Consiglio di Amministrazione abbia deliberato tale agevolazione.
2. Se opera la disposizione di cui al comma precedente, alla rilevazione dell'evento sospensivo degli effetti del titolo negoziale, la Mutua avvia l'interruzione d'ufficio a norma dell'articolo 24 del Regolamento Generale. Il Socio potrà mantenere la formula interruttiva, senza erodere il contatore massimo di cui all'articolo 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 articolo 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.

CAPO II - ADESIONI COLLETTIVE

Art. 6 - Determinazione del contributo

1. Il contributo dovuto dai Soci a adesione collettiva è definito nel titolo negoziale di riferimento, nell'ambito del quale il contributo può essere determinato:
   a. in quota fissa;
   b. in percentuale sulla retribuzione mensile lorda.
   In questo caso il Socio che risulti iscritto in forza di più rapporti di lavoro o di più titoli negoziali, sempreché ciascuno preveda l'adesione alla Mutua, deve corrispondere il contributo su ogni posizione.
   Per i Soci all'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.

CAPO III - FAMILIARI

Art. 7 - Estensione copertura ai familiari

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

Art. 8 - Contribuzione per i coniugi e i conviventi more uxorio

1. Per il coniuge e il convivente more uxorio è previsto il medesimo contributo sancito per i Soci a adesione individuale - "contributo in quota fissa per fasce d'età".
2. Per il coniuge e il convivente more uxorio iscritti prima del 1° gennaio 2021 il contributo è definito in quota fissa – "contributo in quota fissa coniuge/convivente more uxorio".

Art. 9 - Contribuzione per i figli

1. I figli ed equiparati possono essere Assistiti come tali fino al compimento del 35° anno di età. Il contributo è il medesimo sancito per i Soci a adesione individuale - "contributo in quota fissa per fasce d'età".

Art. 10 - Riduzione per i familiari

1. Per i familiari per i quali è prevista la contribuzione per fasce d'età il Consiglio di Amministrazione può definire una riduzione su ciascuna contribuzione.

CAPO IV - QUOTE CONTRIBUTIVE

Art. 11 - Quote deliberate dal Consiglio di Amministrazione

1. Quote in vigore dal 1° febbraio 2023:

CONTRIBUZIONE	CONTRIBUTO ANNUALE
ADESIONI INDIVIDUALI	
Contributo in quota fissa per fasce d'età	
da 0 a 10 anni	€ 192
da 11 a 20 anni	€ 372
da 21 a 30 anni	€ 480
da 31 a 40 anni	€ 624
da 41 a 50 anni	€ 660
da 51 a 60 anni	€ 816
da 61 a 70 anni	€ 1.128
da 71 a 80 anni	€ 1.200
da 81 anni	€ 1.320
Contributo ridotto coniuge/convivente more uxorio per fasce d'età	- 20%
Contributo ridotto figli per fasce d'età	- 30%
Contributo ridotto in quota fissa Socio	
da 51 a 60 anni	€ 672
da 61 anni	€ 732
Contributo ridotto in quota fissa coniuge/convivente more uxorio	
da 51 a 60 anni	€ 672
da 61 anni	€ 732

TITOLO III - PROFILO SANITARIO

Art. 12 - Definizioni

1. A norma dall'articolo 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 o essere soggette a periodi maggiori di carenza.
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).
6. Il periodo di carenza è di 90 giorni su tutte le prestazioni indicate nel Nomenclatore tariffario. Tale periodo può subire delle modifiche in aumento ove ricorrano richieste di rimborso conseguenti a patologie manifestamente preesistenti, ossia riferite a uno stato patologico già noto o conosciuto, in quanto diagnosticato a seguito di visite mediche o accertamenti diagnostici, ovvero conoscibile dall'assistito in virtù di sintomi persistenti ignorati o non approfonditi.

Art. 13 - Massimali economici

1. I massimali economici definiti nel presente Regolamento sono da intendersi annuali con decorrenza 1° gennaio-31 dicembre, salvo espressa diversa indicazione.

Art. 14 - Modalità di presentazione delle richieste per il rimborso

1. A norma dell'articolo 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. 15 - 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 V - ACCERTAMENTI CLINICI E DIAGNOSTICI

Art. 16 - Accertamenti clinici

1. Per accertamenti clinici si intendono analisi ed esami di laboratorio.
2. Gli accertamenti sono rimborsati entro il limite massimo rappresentato dalla Tariffa e fino alla concorrenza del massimale economico annuale di € 100,00 per Assistito.
3. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
   - prescrizione medica intestata all'Assistito;
   - fattura intestata all'Assistito.
4. La Mutua si riserva di chiedere in visione i referti relativi agli accertamenti effettuati.
5. 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.
6. L'Assistito può usufruire dell'assistenza in forma diretta presso le strutture convenzionate con CASAGIT SALUTE per tutte le prestazioni previste dalle relative convenzioni. Rimangono a carico dell'Assistito:
   - prestazioni non previste dal Nomenclatore;
   - prestazioni non autorizzabili, sebbene previste dal Nomenclatore;
   - quote a carico espressamente previste dal Nomenclatore.

Art. 17 - Accertamenti diagnostici

1. Per accertamenti diagnostici si intendono tutti gli esami eseguiti con il supporto di strumentazione diagnostica.
2. Gli accertamenti sono rimborsati entro il limite massimo rappresentato dalla Tariffa e fino alla concorrenza del massimale economico annuale di € 3.000,00 per Assistito.
3. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
   - prescrizione medica intestata all'Assistito;
   - 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. I *check-up* generici non rientrano tra gli accertamenti diagnostici coperti dalla Mutua.
6. L'Assistito può usufruire dell'assistenza in forma diretta presso le strutture convenzionate con CASAGIT SALUTE per tutte le prestazioni previste dalle relative convenzioni. Rimangono a carico dell'Assistito:

- prestazioni non previste dal Nomenclatore;
- prestazioni non autorizzabili, sebbene previste dal Nomenclatore;
- quote a carico espressamente previste dal Nomenclatore.

Art. 18 - Accertamenti clinici e diagnostici nel pacchetto maternità

1. Gli accertamenti clinici e diagnostici per la maternità sono rimborsati fino a un massimo di € 400,00 per evento.
2. Ai fini del rimborso sono considerati accertamenti clinici e diagnostici connessi alla maternità:
   - ecografie ostetriche e morfologiche;
   - analisi cliniche e indagini genetiche (analisi di laboratorio, amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio dello sviluppo del feto);
   - visite effettuate dall'ostetrico/a.
3. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
   - fatture con indicazione esplicita di prestazione riconducibile alla gravidanza;
   - prescrizione medica con la specifica dell'inizio del periodo di gravidanza.

CAPO VI - ASSISTENZE

Art. 19 - Assistenza ai non autosufficienti / LTC (Long Term Care)

1. L'assistenza ai non autosufficienti è una prestazione assicurata con polizza collettiva.
2. Il rimborso è riconosciuto:
   a. agli Assistiti che abbiano perso definitivamente l'autosufficienza nel compimento delle attività elementari di vita quotidiana, come definite al successivo comma 3 del presente articolo;
   b. agli Assistiti che, a seguito di malattia o infortunio, si trovino, 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 lo svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività elementari della vita quotidiana, come definite al successivo comma 3 del presente articolo;
   c. agli Assistiti 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.
3. Le attività elementari della vita quotidiana (activities of daily living o ADL) sono così definite:
   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.

4. Il rimborso prevede l'erogazione 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).
5. Per poter accedere al contributo l'Assistito dovrà:
   a. avere un'età non superiore a 75 anni al 01/01/2018 ovvero, per i soci iscritti successivamente a tale data, avere un'età non superiore a 75 anni alla data di decorrenza della prima iscrizione;
   b. 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;
   c. essere nelle condizioni di assicurabilità previste dalla polizza di Poste Vita SpA (di cui agli artt. 5 e 6 delle "Condizioni di Assicurazione");
   d. aver preso visione del fascicolo informativo "Contratto di assicurazione collettiva di Rendita Vitalizia in caso di perdita di Autosufficienza nel compiere atti di vita quotidiana".
6. La documentazione (reperibile sul sito istituzionale) da presentare per ottenere il rimborso è la seguente:
   - questionario debitamente compilato e sottoscritto;
   - documentazione clinica comprovante lo stato di "non autosufficienza" (cartelle cliniche, referti, accertamenti strumentali).
7. La rendita vitalizia posticipata mensile assicurata dalla polizza è di € 500,00. Se attivata, la corresponsione della stessa prescinde dalle eventuali successive variazioni del rapporto tra l'Assistito e CASAGIT SALUTE.

CAPO VII - CURE ODONTOIATRICHE

Art. 20 - Cure odontoiatriche

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 le radiografie endorali singole.
3. Gli accertamenti sono rimborsati entro il limite massimo rappresentato dalla Tariffa e fino alla concorrenza del massimale economico annuale di € 1.000,00 per Assistito.
4. Per il rimborso, al termine della cura, il Socio 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);
   - eventuale documentazione specifica indicata nella colonna "Documentazione obbligatoria" del Nomenclatore.
5. Sono rimborsabili solo le fatture relative a cure già effettuate che devono essere ricevute dalla Mutua entro i termini di rimborso previsto.
6. 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.
7. L'Assistito può usufruire dell'assistenza in forma diretta rivolgendosi a uno Studio Odontoiatrico convenzionato con CASAGIT SALUTE. Il professionista richiederà 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. Rimangono a carico dell'Assistito:
   - prestazioni non previste dal Nomenclatore;
   - prestazioni non autorizzabili, sebbene previste dal Nomenclatore;
   - quote a carico.

CAPO VIII - LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA

Art. 21 - Lenti correttive della vista

1. Il rimborso è previsto, a prescindere dalla tipologia di acquisto effettuato (occhiale o lenti a contatto) e dal difetto visivo, entro i limiti previsti dal Nomenclatore.
2. Il rimborso ha valenza dalla data del primo acquisto ed è triennale.
3. Per ottenere il rimborso il Socio deve presentare:
   - prescrizione con l'indicazione del difetto visivo effettuata dal medico oculista o dall'ottico o dall'optometrista;
   - fattura intestata all'Assistito, con l'indicazione della tipologia di acquisto effettuato.

CAPO IX - RICOVERI

Art. 22 - Ricoveri per malattie pregresse

1. Per ricoveri e interventi chirurgici conseguenti a patologie manifestamente preesistenti al momento dell'iscrizione, l'assistenza decorre dopo 12 mesi dall'attivazione ininterrotta della copertura sanitaria; per i successivi 24 mesi il rimborso sulle pregresse sarà riconosciuto al 50% di quanto previsto dal Nomenclatore tariffario; dopo tale periodo il rimborso sarà riconosciuto come da Nomenclatore tariffario. La sussistenza della condizione di malattia pregressa sarà accertata dalla Mutua avvalendosi della consulenza medico specialistica ritenuta necessaria.
2. In caso di infortuni o eventi traumatici accertati in un Pronto Soccorso, che certifichino nuove patologie e non riacutizzazione o aggravamento di patologie preesistenti, l'assistenza decorre dal momento dell'iscrizione.

Art. 23 - Ricoveri per Grandi Interventi - Autorizzazione

1. Il ricovero presso una struttura convenzionata prevede, ai fini del rimborso, il rilascio di specifica autorizzazione da parte della Mutua.
2. Per ottenere l'autorizzazione è necessario inviare, con le modalità indicate dalla Mutua sul sito istituzionale, una richiesta contenente:
   - certificato medico attestante la necessità del ricovero, con la specifica della diagnosi, dell'eventuale procedura chirurgica il nominativo e il codice dell'Assistito e un suo recapito telefonico;
   - struttura prescelta e nominativo del sanitario convenzionato;
   - data del ricovero e presumibile durata.
3. La richiesta deve essere inviata almeno 2 giorni lavorativi antecedenti l'intervento.
4. La Mutua invia l'autorizzazione alla struttura convenzionata in tempo utile per il ricovero.
5. L'autorizzazione non è richiesta per ricovero 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. La stessa deve essere corredata da una dettagliata relazione dello specialista attestante la patologia e dalla documentazione clinica, radiografica o fotografica che dimostri la necessità funzionale e terapeutica dell'intervento.
7. La Mutua si riserva di effettuare, per mezzo di propri sanitari, una visita preliminare prima del rilascio dell'autorizzazione.

Art. 23bis - Ricoveri per Grandi Interventi

1. Il rimborso in caso di ricovero per grandi interventi, sia in forma diretta che in forma indiretta, è determinato sulla base di quanto indicato nell'elenco interventi chirurgici del presente piano sanitario di adesione (di seguito, l'"**Elenco Grandi Interventi**").
2. Gli interventi chirurgici sono identificati e suddivisi nell'Elenco Interventi in classi, a seconda della loro complessità.

3. La Mutua rimborsa le spese sostenute dall'Assistito, corrispondendo un importo forfetario omnicomprensivo per classe di ricovero per le seguenti prestazioni:
    a. trasporto sanitario dell'Assistito con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero, di trasferimento da un istituto di cura a un altro e, se richiesto con certificazione medica, di rientro al proprio domicilio al momento della dimissione;
    b. intervento chirurgico, comprendendosi gli onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altra figura sanitaria coinvolta; i diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso) relativi al ricovero o all'intervento chirurgico; sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da infortunio purché comprovato da referto di Pronto Soccorso;
    c. prestazioni di assistenza medica e infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure, trattamenti fisioterapici, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, esami e analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, relativi al ricovero o all'intervento chirurgico;
    d. rette di degenza, non comprendendosi le spese non direttamente inerenti alla cura o all'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
    e. prestazioni di assistenza infermieristica professionale privata durante il ricovero;
    f. trapianti di organi, per le spese indennizzabili di cui alle lettere precedenti, sostenute per il trapianto di organi o parte di essi, sia quando l'Assistito è donatore vivente sia quando è ricevente; se l'Assistito è ricevente sono comprese anche le spese per il prelievo e il trasporto di organi o parte di essi; durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.
4. Nel caso in cui l'Assistito subisca un intervento chirurgico non specificamente indicato nell'Elenco Interventi, l'attribuzione dell'intervento sarà stabilita con criterio di equivalenza, secondo giudizio medico, con riferimento al più simile tra gli interventi elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica adottata.
5. In caso di esecuzione di più interventi nel medesimo percorso assistenziale, indipendentemente dall'assenza o dalla presenza di degenza, viene riconosciuta la tariffa intera esclusivamente per l'intervento di maggiore rilevanza economica. Per ciascuno degli ulteriori interventi viene riconosciuta una tariffa ridotta nella misura del 50%, fino a un massimo complessivo di tre interventi per evento.
6. Per ottenere il rimborso a dimissione avvenuta, il Socio deve presentare:
    - cartella clinica;
    - documentazione di spesa con l'indicazione delle singole prestazioni effettuate.

Art. 24 - Ricoveri con rimborso forfetario

1. Nei ricoveri per malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico a totale carico del S.S.N. è previsto un rimborso forfetario giornaliero.
2. Dal rimborso sono escluse le spese sostenute per i ticket.
3. Il rimborso è riconosciuto nei limiti definiti dal Nomenclatore e solo per i giorni nei quali sia certificato il pernottamento.
4. Il Socio dovrà presentare alla Mutua copia della cartella clinica dalla quale sia rilevabile il numero di pernottamenti effettuati.

Art. 25 - Cure oncologiche e altre terapie

1. Il rimborso è previsto per le spese sostenute fino alla concorrenza del massimale di € 2.000,00 annui per:
   - chemioterapia;
   - radioterapia;
   - altre terapie finalizzate alla cura di malattie oncologiche;
   - dialisi.
2. Per ottenere il rimborso il Socio deve presentare la fattura intestata all'Assistito con indicazione del trattamento effettuato.

CAPO X - RIABILITAZIONI

Art. 26 - Terapie fisiche e riabilitative

1. Il rimborso è previsto per le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e rieducativi immediatamente conseguenti a un ricovero (con o senza intervento chirurgico) o a un infortunio.
2. Il rimborso è previsto entro il limite rappresentato dalla Tariffa e fino alla concorrenza del massimale di € 1.000,00 annui.
3. 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.
4. 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.
5. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
   - lettera di dimissione dal ricovero o cartella clinica, nel caso di ricovero ospedaliero, ovvero verbale di Pronto Soccorso pubblico, nel caso di infortunio senza necessità di ricovero;
   - 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.

CAPO XI - VISITE SPECIALISTICHE

Art. 27 - Visite specialistiche

1. Il rimborso per le visite specialistiche è entro il limite massimo rappresentato dalla Tariffa e fino alla concorrenza del massimale di € 200,00 annui per Assistito.
2. Il rimborso non è previsto per le visite medico-generiche, odontoiatriche, medico-legali, medico-sportive, di medicina del lavoro, omeopatiche, psicologiche, 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 rilasciata dallo specialista, da cui risulti:
    - specializzazione del medico;
    - tipo di visita specialistica effettuata.
4. L'Assistito può usufruire dell'assistenza in forma diretta presso le strutture convenzionate con CASAGIT SALUTE per tutte le prestazioni previste dalle relative convenzioni. Rimangono a carico dell'Assistito:
    - prestazioni non previste dal Nomenclatore;
    - prestazioni non autorizzabili, sebbene previste dal Nomenclatore;
    - quote a carico espressamente previste dal Nomenclatore.

Art. 28 - Pacchetti prevenzione

1. Il rimborso è previsto per i seguenti pacchetti di prestazioni:
    a. dermatologico: visita specialistica e mappatura dei nei in epiluminescenza;
    b. ginecologico: visita specialistica, ricerca papilloma virus (HPV), eventuale tipizzazione HPV (in caso di esito positivo rimborso del vaccino al 50% della spesa);
    c. oculistico: visita specialistica, misurazione acutezza visiva per lontano e vicino, tonometria, fondo dell'occhio, valutazione motilità oculare;
    d. urologico: visita specialistica, PSA, PSA Free, ecografia transrettale.
2. Le prestazioni devono essere fruite solo nella loro totalità, non essendo possibile, infatti, eseguire solo parte delle prestazioni previste dal pacchetto prescelto.
3. Nel caso in cui non vengano effettate tutte le prestazioni esplicitamente indicate in ciascun pacchetto le singole prestazioni saranno liquidate intaccando i relativi massimali.
4. Indipendentemente dal pacchetto prescelto, il rimborso delle spese sostenute viene effettuato fino alla concorrenza del massimale di € 150,00 annui per persona.
5. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
    - fatture con indicazione esplicita delle singole prestazioni effettuate;
    - prescrizione medica.

CAPO XII - VARIE

Art. 29 - Ticket e quote regionali

1. Il rimborso è previsto per i ticket sanitari e per le quote regionali entro il limite dell'importo fissato dalla tariffa per la prestazione cui si riferiscono.

Art. 30 - Esclusioni

1. L'intervento della Mutua non è previsto per:
    a. gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a norma di legge;
    b. la cura di patologie psichiatriche e disturbi psichici;
    c. il trattamento delle malattie e i ricoveri determinati da alcolismo, tossicodipendenze, nonché dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
    d. le prestazioni mediche aventi esclusivamente finalità di ordine estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva e/o funzionale resi necessari da neoplasia maligna o da infortunio, comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche;
    e. gli infortuni derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope;
    f. gli infortuni causati da azioni dolose compiute o tentate dall'Assistito;
    g. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti clinici e diagnostici e/o terapie che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
    h. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
    i. gli accertamenti per infertilità, sterilità, impotenza e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale.

TITOLO IV - SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA

Art. 31 - 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 medica d'urgenza:
        i. tele-video consulto medico generico o specialistico;
        ii. prescrizione medica;
        iii. reperimento e invio di un medico;
    b. servizi prima, durante e dopo il ricovero:
        i. trasferimento sanitario programmato, presso l'istituto di cura e rientro all'abitazione;
        ii. assistenza non specialistica presso l'istituto di cura (durante il ricovero);
        iii. reperimento e fornitura di presidi medico-chirurgici;
        iv. assistenza infermieristica;
        v. reperimento e consegna farmaci;
        vi. invio di un fisioterapista;
        vii. invio operatore socio-assistenziale;
        viii. disbrigo delle quotidianità;
    c. assistenza sanitaria domiciliare integrata:
        i. prelievo campioni;
        ii. consegna esiti esami;
    d. assistenza sanitaria all'estero:
        i. invio medicinali urgenti
        ii. trasferimento / rimpatrio sanitario;
        iii. rientro anticipato;
        iv. viaggio di un familiare in caso di ricovero;
        v. interprete;
    e. consulto telefonico veterinario.
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 XIII - ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA IN ITALIA

Art. 32 - 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. 33 - Prescrizione medica

1. Nel caso in cui, a seguito di un consulto medico, si preveda l'assunzione di un farmaco, la Centrale Operativa provvede a trasmettere una ricetta medica "bianca" (non emessa nell'ambito del SSN), previa verifica della disponibilità del farmaco, presso la farmacia aperta più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito o dallo stesso indicata, in modo che l'Assistito o un suo delegato possano acquistare il medicinale prescritto.
2. In alternativa nel caso in cui l'équipe medica lo ritenga necessario, la Centrale Operativa potrà inviare un medico presso il domicilio dell'Assistito o nel luogo dove questi risiede temporaneamente. L'eventuale ricetta medica bianca sarà consegnata direttamente all'Assistito.
3. Nel caso in cui, a seguito del consulto medico, si renda necessario una visita specialistica o un esame diagnostico, la centrale operativa provvede a trasmettere all'assistito una prescrizione medica su ricetta bianca.

Art. 34 - 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.

CAPO XIV - SERVIZI PRIMA DURANTE E DOPO IL RICOVERO

Art. 35 - 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. 36 - Assistenza non specialistica presso l'istituto di cura (durante il ricovero)

1. Qualora a seguito di ricovero l'Assistito necessiti di ricevere urgente assistenza notturna e/o diurna, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale non specializzato per assistenza presso l'istituto di cura nelle piccole necessità quotidiane (camminare, essere accompagnato, mangiare) o presenza notturna.
2. La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 24 ore.

3. La prestazione viene fornita senza oneri a carico dell'Assistito per un massimo di 10 (dieci) notti e/o giorni per sinistro.
4. Le prestazioni di "Assistenza non specialistica presso l'istituto di cura" sono valide esclusivamente in alcune province italiane. È possibile conoscere l'elenco aggiornato delle province contattando la Centrale Operativa.

Art. 37 - Reperimento e fornitura di presidi medico-chirurgici

1. La Centrale Operativa provvederà a reperire per l'Assistito un presidio medico-chirurgico, tra sedia a rotelle, stampelle o materasso antidecubito, qualora, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, tale presidio sia stato prescritto dai medici che lo hanno avuto in cura. La fornitura sarà concessa in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assistito, sino a un massimo di 60 giorni per sinistro.
2. Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, la Società assicurativa provvederà a rimborsare le spese relative al noleggio dei presidi stessi, fino alla concorrenza di euro 250,00 per sinistro.
3. Il massimale sopracitato si intende comprensivo delle eventuali spese di consegna e ritiro presso il domicilio dell'Assistito.

Art. 38 - Assistenza infermieristica

1. Qualora l'Assistito necessiti, nei 7 (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 3 (tre) giorni.
4. La prestazione sarà garantita per un massimo di 2 (due) ore al giorno e per massimo di 3 (tre) giorni.

Art. 39 - Reperimento e consegna farmaci

1. Qualora l'Assistito, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio. La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto e il trasporto dei medicinali, a inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il domicilio dell'Assistito il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti entro le 24 (ventiquattro) ore successive.
2. La prestazione è fornita con un preavviso di almeno 48 (quarantotto) ore.
3. Il costo della consegna viene fornita senza oneri a carico dell'Assistito, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assistito.

Art. 40 - Invio di un fisioterapista

1. Qualora l'Assistito necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, 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 minimo di 3 (tre) giorni.
4. La prestazione viene fornita senza oneri a carico dell'Assistito, per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

Art. 41 - Invio operatore socio-assistenziale

1. Qualora l'Assistito necessiti, nei 10 (dieci) 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 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 3 (tre) giorni.
4. La prestazione viene fornita senza oneri a carico dell'Assistito, per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

Art. 42 - Disbrigo delle quotidianità

1. Qualora l'Assistito versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa l'invio di personale di servizio per il disbrigo di piccole commissioni urgenti (es. rifacimento chiavi, rinnovo documenti, pagamento utenze in scadenza, incombenze amministrative, ecc.).
2. La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e di quanto necessario al disbrigo della commissione da svolgere nel minor tempo possibile.
3. La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.
4. La prestazione viene fornita senza oneri a carico dell'Assistito, per un massimo di 3 (tre) giorni per sinistro e 4 (quattro) ore per giorno.

CAPO XV - ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA

Art. 43 - Prelievo campioni

1. Qualora l'Assistito versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di organizzare il prelievo presso il proprio domicilio.
2. La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

3. La prestazione viene fornita senza oneri a carico dell'Assistito per i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'Assistito i costi degli esami e degli accertamenti diagnostici effettuati presso i laboratori di analisi convenzionati con la Centrale Operativa.

Art. 44 - Consegna esiti esami

1. Qualora l'Assistito versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di ritirare con urgenza i referti di accertamenti diagnostici effettuati, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.
2. Tale prestazione è assoggettata alle vigenti norme italiane e del paese in cui si trova l'Assistito. La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.
3. La prestazione viene fornita senza oneri a carico dell'Assistito per il costo della spedizione, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assistito.

CAPO XVI - ASSISTENZA SANITARIA D'URGENZA ALL'ESTERO

Art. 45 - 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. 46 - 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 € 10.000,00);
    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. 47 - 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. 48 - 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 5 (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. 49 - 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 previsto 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.

CAPO XVII - CONSULTO TELEFONICO VETERINARIO

Art. 50 - Consulenza veterinaria d'urgenza

1. Qualora l'Assistito necessiti, in caso di infortunio o malattia improvvisa del proprio animale domestico, di valutarne urgentemente lo stato di salute e non riesca a reperire il proprio veterinario di fiducia, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa per ottenere consulenza telefonica veterinaria.
2. La Centrale Operativa non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente Assistito in condizione di ottenere le informazioni di cui necessita.
3. La prestazione è fornita unicamente per cani e gatti. I cani devono essere obbligatoriamente forniti di chip.

Art. 51 - 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.