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

*REGOLAMENTO APPLICATIVO
PIANO SANITARIO DI ADESIONE
“SALUTE SICURA”*

TITOLO I - PIANO SANITARIO DI ADESIONE4

Art. 1 - Struttura del Piano sanitario di adesione	4
Art. 2 - Ingresso nel Piano sanitario di adesione	4

TITOLO II - PROFILO CONTRIBUTIVO.....5

CAPO I - ADESIONI INDIVIDUALI	5
Art. 3 - Contributo in quota fissa per fasce d'età	5
Art. 4 - Contributo agevolato in quota fissa	5
CAPO II - ADESIONI COLLETTIVE	5
Art. 5 - Determinazione del contributo	5
CAPO III - FAMILIARI	6
Art. 6 - Estensione copertura ai familiari.....	6
Art. 7 - Contribuzione per i coniugi e i conviventi more uxorio.....	6
Art. 8 - Contribuzione per i figli	6
Art. 9 - Riduzione per i familiari.....	6
CAPO IV - QUOTE CONTRIBUTIVE	6
Art. 10 - Quote deliberate dal Consiglio di Amministrazione	6

TITOLO III - PROFILO SANITARIO.....7

Art. 11 - Definizioni	7
Art. 12 - Modalità di presentazione delle richieste per il rimborso.....	7
Art. 13 - Tetti e massimali nei cambi di piano	7
CAPO V - ACCERTAMENTI CLINICI E DIAGNOSTICI.....	7
Art. 14 - Definizioni	7
Art. 15 - Accertamenti clinici e diagnostici	8
CAPO VI - ASSISTENZE	8
Art. 16 - Assistenza ai non autosufficienti / LTC (Long Term Care)	8
CAPO VII - CURE ODONTOIATRICHE	10
Art. 17 - Definizioni	10
Art. 18 - Modalità di rimborso	10
Art. 19 - Accesso in forma diretta - Autorizzazione	10
CAPO VIII - CURE TERMALI.....	11
Art. 20 - Cure termali	11
CAPO IX - LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA.....	11
Art. 21 - Lenti correttive della vista	11
CAPO X - PROTESI, TUTORI ORTOPEDICI E PRESID TERAPEUTICI	11
Art. 22 - Protesi, tutori ortopedici e presidi terapeutici	11
CAPO XI - RIABILITAZIONI	12
Art. 23 - Terapie fisiche e riabilitative	12
Art. 24 - Terapie fisiche e riabilitative – Livello 1.....	12

Art. 25 - Terapie fisiche e riabilitative – Livello 2.....	13
Art. 26 - Terapie fisiche e riabilitative – Livello 3.....	13
Art. 27 - Terapie fisiche e riabilitative – Dismorfismi dell’età evolutiva.....	13
Art. 28 - Altre terapie.....	14
CAPO XII - RICOVERI E CHIRURGIA AMBULATORIALE.....	14
Art. 29 - Ricoveri ordinari con e senza intervento chirurgico	14
Art. 30 - Interventi con rimborso omnicomprendivo (“a pacchetto”)	15
Art. 31 - Ricoveri per riabilitazioni	16
Art. 32 - Ricoveri per lungodegenza, per malati in fase terminale	16
Art. 33 - Ricoveri presso comunità di recupero	16
Art. 34 - Chirurgia ambulatoriale ordinaria	16
Art. 35 - Accesso in forma diretta - Autorizzazione.....	17
CAPO XIII - VISITE SPECIALISTICHE.....	17
Art. 36 - Visite specialistiche.....	17
CAPO XIV - VARIE	18
Art. 37 - IVA e imposta di bollo.....	18
Art. 38 - Ticket e quote regionali	18
Art. 39 - Esclusioni	18

TITOLO IV - SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA19

Art. 40 - Descrizione del servizio	19
CAPO XV - ASSISTENZA MEDICA D’URGENZA IN ITALIA	20
Art. 41 - Tele-video consulto medico generico e specialistico	20
Art. 42 - Prescrizione medica.....	20
Art. 43 - Invio di un medico o di un’ambulanza.....	20
CAPO XVI - SERVIZI PRIMA DURANTE E DOPO IL RICOVERO	21
Art. 44 - Trasferimento sanitario programmato.....	21
Art. 45 - Assistenza non specialistica presso l’istituto di cura (durante il ricovero)	21
Art. 46 - Reperimento e fornitura di presidi medico-chirurgici	22
Art. 47 - Assistenza infermieristica	22
Art. 48 - Reperimento e consegna farmaci.....	22
Art. 49 - Invio di un fisioterapista	23
Art. 50 - Invio operatore socio-assistenziale	23
Art. 51 - Disbrigo delle quotidianità	23
CAPO XVII - ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA	23
Art. 52 - Prelievo campioni	23
Art. 53 - Consegna esiti esami	24
CAPO XVIII - ASSISTENZA SANITARIA D’URGENZA ALL’ESTERO.....	24
Art. 54 - Invio medicinali urgenti	24
Art. 55 - Trasferimento / Rimpatrio sanitario.....	24

Art. 56 - Rientro anticipato	25
Art. 57 - Viaggio di un familiare in caso di ricovero	25
Art. 58 - Interprete	25
CAPO XIX - CONSULTO TELEFONICO VETERINARIO	26
Art. 59 - Consulenza veterinaria d'urgenza	26
Art. 60 - Rinvii	26

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) e b), dello Statuto;
 - b. tutti coloro che, attualmente coperti da un diverso piano sanitario di adesione, hanno aderito alla Mutua prima del 31.12.2022, sempreché abbiano superato il limite di permanenza sancito nell'art. 56 del regolamento applicativo generale;
 - c. i figli dei Soci di cui al presente articolo che abbiano compiuto il trentacinquesimo anno di età;
 - d. i familiari del Socio che abbia presentato domanda di recesso;
 - e. i familiari di Soci deceduti che già usufruiscono della copertura prevista dal presente Piano sanitario di adesione.
2. L'adesione in forma individuale, di cui al comma precedente, non è consentita superati i 60 anni di età, lo stesso limite di età deve essere rispettato per tutti i familiari cui il Socio volesse estendere la copertura.
3. L'ingresso nel presente Piano sanitario di adesione non è previsto in forma collettiva.

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 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. 5 - 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. 6 - 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. 7 - 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".

Art. 8 - 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. 9 - 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. 10 - Quote deliberate dal Consiglio di Amministrazione

1. Quote in vigore dal 1° gennaio 2021:

CONTRIBUZIONE	CONTRIBUTO ANNUALE
ADESIONI INDIVIDUALI	
<i>Contributo in quota fissa per fasce d'età</i>	
da 0 a 10 anni	€ 480
da 11 a 20 anni	€ 720
da 21 a 30 anni	€ 1.200
da 31 a 40 anni	€ 1.896
da 41 a 50 anni	€ 2.400
da 51 a 60 anni	€ 2.616
da 61 a 70 anni	€ 2.808
da 71 a 80 anni	€ 3.000
da 81 anni	€ 3.200
<i>Contributo ridotto coniuge/convivente more uxorio per fasce d'età</i>	- 20%
<i>Contributo ridotto figli per fasce d'età</i>	- 30%

TITOLO III - PROFILO SANITARIO

Art. 11 - 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.
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. 12 - 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. 13 - 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. 14 - Definizioni

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

Art. 15 - Accertamenti clinici e diagnostici

1. Gli accertamenti sono rimborsati, ferma restando la finalità sopra esposta, entro il limite massimo rappresentato dalla Tariffa fatte salve le franchigie eventualmente indicate nel Nomenclatore.
2. Alcuni accertamenti possono essere associati a Tariffe differenti a seconda che siano effettuati in corso di ricovero o in forma ambulatoriale.
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.
7. 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.

CAPO VI - ASSISTENZE

Art. 16 - 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. 17 - 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.
3. Gli accertamenti sono rimborsati entro il limite massimo rappresentato dalla Tariffa e fino alla concorrenza del massimale economico annuale di € 6.000,00 per Assistito.

Art. 18 - 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. 19 - 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 VIII - CURE TERMALI

Art. 20 - 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 IX - LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA

Art. 21 - 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 omnicomprendente, 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 X - PROTESI, TUTORI ORTOPEDICI E PRESIDI TERAPEUTICI

Art. 22 - 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, ove possibile, 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 XI - RIABILITAZIONI

Art. 23 - 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 articoli 25-26-27.
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. 24 - Terapie fisiche e riabilitative – Livello 1

1. Le Terapie fisiche e riabilitative – Livello 1 hanno ad 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. 25 - Terapie fisiche e riabilitative – Livello 2

1. Le Terapie fisiche e riabilitative – Livello 2 hanno ad oggetto la riabilitazione finalizzata al recupero di gravi disabilità conseguenti e immediatamente successive a traumi/eventi che abbiano comportato: un ricovero (con o senza intervento chirurgico) o una prognosi iniziale di pronto soccorso pubblico superiore ai 20 gg.
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. 26 - Terapie fisiche e riabilitative – Livello 3

1. Le Terapie fisiche e riabilitative – Livello 3 hanno ad 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. 27 - 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:
 - 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. 28 - 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.

CAPO XII - RICOVERI E CHIRURGIA AMBULATORIALE

Art. 29 - 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 previsto 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. 30 - 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 articolo 30.
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. 31 - Ricoveri per riabilitazioni

1. Il rimborso è omnicomprendivo 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. 32 - Ricoveri per lungodegenza, per malati in fase terminale

1. Il rimborso è omnicomprendivo 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. 33 - 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. 34 - 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. 35 - 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 XIII - VISITE SPECIALISTICHE

Art. 36 - Visite specialistiche

1. Per le visite specialistiche, i consulti e le visite omeopatiche è previsto il rimborso della spesa sostenuta entro il limite massimo indicato nel Nomenclatore.

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 alcune visite specialistiche la Mutua può prevedere dei massimali a quantità, definiti nel Nomenclatore.
4. 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.).
5. 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.

CAPO XIV - VARIE

Art. 37 - 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 articolo 31.

Art. 38 - Ticket e quote regionali

1. Il rimborso previsto per i ticket sanitari e per le eventuali quote regionali è integrale.
2. L'entità del rimborso è determinata sulla base del Nomenclatore in misura omnicomprensiva; il rimborso è differenziato se effettuato in Italia o all'Estero.
3. 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. 39 - 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, gnatologiche, 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. 40 - 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 XV - ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA IN ITALIA**Art. 41 - 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 équipe 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. 42 - 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. 43 - 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 XVI - SERVIZI PRIMA DURANTE E DOPO IL RICOVERO

Art. 44 - 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. 45 - 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. 46 - 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. 47 - 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. 48 - 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. 49 - 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. 50 - 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. 51 - 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 XVII - ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA**Art. 52 - 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. 53 - 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 XVIII - ASSISTENZA SANITARIA D'URGENZA ALL'ESTERO

Art. 54 - 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. 55 - 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. 56 - 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. 57 - 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. 58 - 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 XIX - CONSULTO TELEFONICO VETERINARIO

Art. 59 - 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. 60 - 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.