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

*REGOLAMENTO APPLICATIVO
PIANO SANITARIO DI ADESIONE
“PUBBLICISTI E FREELANCE”*

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 Socio	4
CAPO II - FAMILIARI	4
Art. 4 - Estensione copertura ai familiari	4
Art. 5 - Contribuzione per i coniugi e i conviventi more uxorio	4
Art. 6 - Contribuzione per i figli	4
CAPO III- QUOTE CONTRIBUTIVE	4
Art. 7 - Quote deliberate dal Consiglio di Amministrazione	4
TITOLO III - PROFILO SANITARIO.....	5
Art. 8 - Definizioni	5
Art. 9 - Carenza.....	5
Art. 10 - Massimali economici	5
Art. 11 - Modalità di presentazione delle richieste per il rimborso	5
Art. 12 - Tetti e massimali nei cambi di piano.....	6
CAPO IV - ACCERTAMENTI CLINICI E DIAGNOSTICI	6
Art. 13 - Accertamenti clinici ed elettrocardiogramma (<i>Check up</i>)	6
Art. 14 - Accertamenti diagnostici (Ticket).....	6
CAPO V - VISITE SPECIALISTICHE.....	6
Art. 15 - Visite specialistiche (Ticket)	6
CAPO VI - CURE ODONTOIATRICHE.....	6
Art. 16 - Cure odontoiatriche.....	6
CAPO VII - LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA	7
Art. 17 - Lenti correttive della vista	7
CAPO VIII - CURE PSICOLOGICHE	7
Art. 18 - Cure psicologiche	7
CAPO IX – INTERVENTI CHIRURGICI	7
Art. 19 - Interventi chirurgici	7
Art. 20 - Interventi chirurgici per malattie pregresse.....	9
Art. 21 - Autorizzazione	9
CAPO X – ESCLUSIONI	9
Art. 22 - Esclusioni	9
TITOLO IV - SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA	11
Art. 23 - Descrizione del servizio	11
CAPO XI - ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA IN ITALIA	12

Art. 24 - Tele-video consulto medico generico e specialistico.....	12
Art. 25 - Prescrizione medica.....	12
Art. 26 - Invio di un medico o di un'ambulanza	12
CAPO XII - SERVIZI PRIMA DURANTE E DOPO IL RICOVERO	13
Art. 27 - Trasferimento sanitario programmato	13
Art. 28 - Assistenza non specialistica presso l'istituto di cura (durante il ricovero).....	13
Art. 29 - Reperimento e fornitura di presidi medico-chirurgici.....	14
Art. 30 - Assistenza infermieristica	14
Art. 31 - Reperimento e consegna farmaci	14
Art. 32 - Invio di un fisioterapista	15
Art. 33 - Invio operatore socio-assistenziale	15
Art. 34 - Disbrigo delle quotidianità.....	15
CAPO XIII - ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA	15
Art. 35 - Prelievo campioni.....	16
Art. 36 - Consegna esiti esami.....	16
CAPO XIV - ASSISTENZA SANITARIA D'URGENZA ALL'ESTERO.....	16
Art. 37 - Invio medicinali urgenti.....	16
Art. 38 - Trasferimento / Rimpatrio sanitario	16
Art. 39 - Rientro anticipato.....	17
Art. 40 - Viaggio di un familiare in caso di ricovero	17
Art. 41 - Interprete.....	17
CAPO XV - CONSULTO TELEFONICO VETERINARIO.....	18
Art. 42 - Consulenza veterinaria d'urgenza	18
Art. 43 - Rinvii	18

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 i soli iscritti all'albo dell'Ordine dei Giornalisti:
 - a. che, a norma dell'articolo 5 comma 3 lettera a) e b) dello Statuto, presentino domanda di adesione;
 - b. i giornalisti 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 al presente piano, sia in qualità di socio che di familiare è consentita fino al compimento dei 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.

TITOLO II - PROFILO CONTRIBUTIVO

CAPO I - ADESIONI INDIVIDUALI

Art. 3 - Contributo Socio

1. Per le adesioni individuali dei Soci il contributo è definito in quota fissa – “contributo in quota fissa Socio”.

CAPO II - FAMILIARI

Art. 4 - 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. 5 - Contribuzione per i coniugi e i conviventi more uxorio

1. Per il coniuge e il convivente more uxorio il contributo è definito in quota fissa - “contributo in quota fissa coniuge/convivente more uxorio”.

Art. 6 - 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 definito in quota fissa a seconda della fascia d’età - “contributo in quota fissa per fasce d’età figli”.

CAPO III- QUOTE CONTRIBUTIVE

Art. 7 - Quote deliberate dal Consiglio di Amministrazione

1. Quote in vigore dal 01/03/2026:

CONTRIBUZIONE	CONTRIBUTO ANNUALE
ADESIONI INDIVIDUALI	
Contributo in quota fissa Socio	€ 600
Contributo in quota fissa coniuge/convivente more uxorio	€ 600
Contributo in quota fissa figli - età fino a 18 anni	€ 300
Contributo in quota fissa figli - età da 19 anni a 35 anni	€ 400

TITOLO III - PROFILO SANITARIO

Art. 8 - 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. Per patologie manifestamente preesistenti si intendono quelle 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. 9 - Carenza

1. Il periodo di carenza è di 90 giorni su tutte le prestazioni indicate nel Nomenclatore, ove non diversamente disposto in successivi articoli del presente regolamento.

Art. 10 - 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. 11 - 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. Per ottenere il rimborso, il Socio deve presentare:
 - prescrizione medica intestata all'Assistito;
 - fattura intestata all'Assistito;
 - eventuale ulteriore documentazione specifica indicata nella colonna "Documentazione" del Nomenclatore.

3. In caso di pagamento con PagoPa è necessario presentare la fattura o la documentazione emessa dal sistema pubblico che consenta di rilevare i seguenti elementi:
 - il tipo di prestazione sanitaria effettuata;
 - la struttura che l'ha erogata;
 - l'Assistito che ne ha beneficiato;
 - il regime della spesa (ticket o privato).

Art. 12 - 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 IV - ACCERTAMENTI CLINICI E DIAGNOSTICI

Art. 13 - Accertamenti clinici ed elettrocardiogramma (*Check up*)

1. È previsto il rimborso per un *check up* annuale che include gli accertamenti clinici, ossia le analisi e gli esami di laboratorio e un elettrocardiogramma.
2. Il check up è rimborsato entro un massimale di € 100,00 annui.
3. La Mutua si riserva di chiedere in visione i referti relativi agli accertamenti effettuati.
4. 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.

Art. 14 - Accertamenti diagnostici (Ticket)

1. Il rimborso è previsto per i ticket sanitari e per le quote regionali riferiti agli accertamenti diagnostici, ossia tutti gli esami eseguiti con il supporto di strumentazione diagnostica.

CAPO V - VISITE SPECIALISTICHE

Art. 15 - Visite specialistiche (Ticket)

1. Il rimborso è previsto per i ticket sanitari e per le quote regionali riferiti alle visite mediche specialistiche.

CAPO VI - CURE ODONTOIATRICHE

Art. 16 - Cure odontoiatriche

1. Il rimborso è previsto per:
 - a. prestazioni di igiene orale;
 - b. estrazioni e otturazioni.

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. Le prestazioni di igiene orale sono rimborsate con un massimale annuo di € 50.
4. Le estrazioni e le otturazioni sono rimborsate entro il limite massimo rappresentato dalla Tariffa e fino alla concorrenza del massimale economico annuale di € 200,00 per Assistito.
5. 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 eventuali quote eccedenti quanto previsto nel Nomenclatore.

CAPO VII - LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA

Art. 17 - 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, fino alla concorrenza del massimale economico triennale di € 100,00 per Assistito che parte dalla data della prima fattura presentata.

CAPO VIII - CURE PSICOLOGICHE

Art. 18 - Cure psicologiche

1. Il rimborso è previsto per le sedute di psicoterapia effettuate da professionista che abbia conseguito la specializzazione post-laurea in psicoterapia.
2. Il rimborso è previsto entro il limite rappresentato dalla Tariffa e fino alla concorrenza del massimale di € 300,00 annui.

CAPO IX – INTERVENTI CHIRURGICI

Art. 19 - Interventi chirurgici

1. Il rimborso in caso di intervento chirurgico (anche in *day surgery* o ambulatoriale), sia in forma diretta che in forma indiretta, è determinato sulla base di quanto indicato nell'elenco interventi chirurgici (di seguito, l'"**Elenco Interventi**").
2. Gli interventi chirurgici sono identificati e suddivisi nell'Elenco Interventi in 7 classi, a seconda della loro complessità.
3. La Mutua rimborsa le spese sostenute dall'Assistito, corrispondendo un importo forfetario omnicomprensivo per classe 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. 20 - Interventi chirurgici per malattie pregresse

1. Per 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. 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. 21 - Autorizzazione

1. L'intervento 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 dell'intervento, 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.

CAPO X – ESCLUSIONI

Art. 22 - Esclusioni

1. L'intervento della Mutua non è previsto per:
 - a. gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a norma di legge;
 - b. il trattamento delle malattie e i ricoveri determinati da alcolismo, tossicodipendenze, nonché dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;

- c. 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;
- d. gli infortuni derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- e. gli infortuni causati da azioni dolose compiute o tentate dall'Assistito;
- f. 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;
- g. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- h. gli accertamenti per infertilità, sterilità, impotenza e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale.

TITOLO IV - SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA

Art. 23 - 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 XI - ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA IN ITALIA

Art. 24 - 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. 25 - 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. 26 - 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 XII - SERVIZI PRIMA DURANTE E DOPO IL RICOVERO

Art. 27 - 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. 28 - 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. 29 - 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. 30 - 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. 31 - 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. 32 - 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. 33 - 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. 34 - 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 XIII - ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA

Art. 35 - 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. 36 - 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 XIV - ASSISTENZA SANITARIA D'URGENZA ALL'ESTERO

Art. 37 - 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. 38 - 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. 39 - 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. 40 - 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. 41 - Interprete

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

CAPO XV - CONSULTO TELEFONICO VETERINARIO

Art. 42 - 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 l'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. 43 - 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.