

IL CONSORZIO MUTUE di Novara

IL REGOLAMENTO SOCIALE



REGOLAMENTO SOCIALE



Art. 1 Il presente Regolamento è redatto secondo le disposizioni dello Statuto della Società di Mutuo Soccorso “Consorzio Mutue” di Novara.

LE PRESTAZIONI

Art. 2 In riferimento e in conformità a quanto indicato dallo Statuto le prestazioni del Consorzio Mutue consistono in assistenze integrative, complementari o sostitutive di quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale e sono le seguenti:

- a) rimborso spese per ricoveri in Italia e all'estero;
- b) rimborso spese per assistenza specialistica ambulatoriale;
- c) assistenza ospedaliera e domiciliare;
- d) indennità economiche giornaliere di ricovero e malattia;
- e) erogazione di sussidi economici e contributi.

Le caratteristiche delle varie prestazioni, le modalità di erogazione, i limiti delle stesse e la loro decorrenza, sono deliberate dal Consiglio di Amministrazione che stabilisce anche i limiti in ragione di età per fruire delle prestazioni e che potrà dare attuazione anche parziale alle assistenze elencate nel presente articolo.

I rimborsi del Consorzio Mutue sono integrativi di eventuali rimborsi dovuti dal SSN o altri Enti o Compagnie di Assicurazione. Ai soci è fatto obbligo di fare regolare richiesta ai suddetti Enti.

Il rimborso delle spese sostenute o parti di esse avverrà sulla base della documentazione che dimostri corrispondenza e congruità con i dati clinici esposti nella proposta di ricovero, con l'eccezione dell'accertamento di una diversa grave patologia o la comparsa di complicazioni.

Il giorno di ingresso e quello delle dimissioni verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

ADESIONI-VARIAZIONI-NEONATI

Art. 3 L'ammissione a Socio è consentita fino al compimento dell'anno previsto dalle varie assistenze e comunque non oltre il compimento del 75mo anno di età. Il Socio può aderire a tutte, ad una sola o a più assistenze previste all'art. 2, versando la tassa di ammissione e i contributi associativi, secondo modalità e termini stabiliti dal Consiglio di Amministrazione.

L'adesione del Socio a nuove forme di assistenza aggiuntive a quelle alle quali aveva già aderito, sono consentiti nei limiti di età secondo il tipo di assistenza e comporta l'osservanza delle relative norme.



Le variazioni a forme di assistenza in diminuzione di quelle alle quali i Soci avevano precedentemente aderito sono da considerarsi disdette parziali e pertanto devono essere comunicate al Consorzio Mutue entro il 31 ottobre di ogni anno per il successivo. Entro la stessa data devono pervenire le istanze di recesso.

Art. 4 È obbligatoria l'iscrizione di tutto il nucleo familiare (conviventi compresi), salvo deroga autorizzata dal Consorzio Mutue. I Soci devono iscrivere i propri figli entro 2 mesi dalla nascita e gli stessi hanno diritto immediato alle prestazioni alle quali aderiscono.

ESCLUSIONI

Art. 5 I Soci non possono ottenere le prestazioni previste all'art. 2 del presente Regolamento per malattie (nonché le sequele e le manifestazioni morbose a quelle etiopatogenicamente rapportabili) preesistenti alla data della loro iscrizione o a quella di variazione della loro posizione assistenziale, salvo valutazione del Consorzio Mutue.

Sono, inoltre, escluse:

- le malattie congenite;
- le malattie genetiche;

le conseguenze derivanti da:

- abuso di alcolici o di psicofarmaci;
- uso non terapeutico di stupefacenti e droghe;
- uso di allucinogeni di ogni genere;
- malformazioni.

Sono pure escluse le prestazioni:

- per cure estetiche;
- per malattie e infortuni derivanti da risse ed ubriachezza, da maneggio di armi o, in genere, da manifesta imprudenza;
- per malattie e infortuni causati da competizioni sportive agonistiche;
- tutte le prestazioni eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up) salvo autorizzazione del Consorzio Mutue.

Sono inoltre escluse dai rimborsi le spese extra (telefono, bar, pernottamento e pasti ospiti, ecc.).



Oltre alle esclusioni previste dal presente Regolamento non sono rimborsabili le spese sostenute per rilascio certificati (idoneità sportiva, sana e robusta costituzione, visite e certificati medico-legali, rilascio e rinnovo patente etc.) training autogeno, corsi pre-parto e altre prestazioni similari.

Sono escluse le prestazioni omeopatiche.

Tutte le prestazioni (tickets, visite specialistiche, esami ed indagini diagnostiche) eseguite presso i centri termali e i centri benessere non sono rimborsabili.

Il diritto ad ottenere il rimborso delle prestazioni si prescrive decorsi 2 mesi dalla data di conclusione delle stesse.

Il ricorso a prestazioni di Day-Hospital è riconosciuto esclusivamente nei casi di intervento chirurgico, di chemioterapia, di radioterapia e nei casi autorizzati dal Consorzio Mutue.

Nessuna prestazione, sia nei casi di ricovero che di Day-Hospital, è ammissibile se dalla documentazione inviata al Consorzio Mutue non risulti chiaramente che la stessa è stata erogata da un Istituto autorizzato come ospedale pubblico o casa di cura.

TASSA DI AMMISSIONE E CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

Art. 6 In conformità a quanto stabilito dall'art. 11 dello Statuto Sociale, il Consiglio di Amministrazione, in sede di redazione del Bilancio preventivo, provvederà a determinare anche la misura dei contributi associativi annui pro-capite che decorreranno dal primo giorno dell'anno cui il bilancio preventivo stesso si riferisce. I contributi associativi potranno essere ridotti per le famiglie composte da più persone con sconti stabiliti dal Consiglio di Amministrazione.

È demandata al Consiglio di Amministrazione la facoltà di non applicare per alcune iscrizioni la tassa di ammissione.

Art. 7 I contributi associativi devono essere corrisposti in via anticipata e di norma entro il 31 gennaio di ogni anno.

È ammesso anche il pagamento in tre rate con le seguenti scadenze: 1^a rata entro il 31 gennaio – 2^a rata entro il 31 maggio – 3^a rata entro il 30 settembre, sull'importo dovuto della seconda rata sarà applicata una maggiorazione del 2% e del 3% sulla terza rata per rimborso spese forfetarie.



Qualora il socio effettui il pagamento dei contributi in ritardo, dovrà sempre versare una maggiorazione del 3%.

In forza di accordi, particolari forme di pagamento potranno essere accordate dal Consiglio di Amministrazione.

I soci che aderiranno al Consorzio Mutue durante l'anno verseranno i contributi, per le assistenze prescelte, pari a tanti dodicesimi quanti sono i mesi che separano il momento dell'iscrizione al 31 dicembre.

Qualora il Socio non provveda al pagamento entro i periodi indicati, i suoi diritti resteranno interrotti e potranno essere riacquistati solo con il pagamento dei contributi scaduti con la carenza di un mese. Se tale morosità supera i quattro mesi, il Socio potrà riacquistare i suoi diritti con la carenza di mesi tre. Queste clausole sono valide anche per i pagamenti rateali.

La morosità è causa di decadenza da Socio al termine di ogni anno, fermo restando l'obbligo di corrispondere i contributi associativi risultanti dalle assistenze alle quali aveva aderito.

Art. 8 È facoltà del Consiglio d'Amministrazione di derogare a quanto previsto dal presente Regolamento e può, altresì, erogare contributi di assistenza ai Soci che si trovino in particolari condizioni e prevedere speciali assistenze.



NORME GENERALI

Assistibilità

Il Socio è assistibile per 90 giorni all'anno con il massimo di 30 giorni continuativi per ogni ricovero.

Il massimo di 30 giorni è applicato in tutte le fattispecie di ricoveri anche se gli stessi sono avvenuti in strutture sanitarie diverse. Non sono considerati continuativi se l'intervallo tra un ricovero e l'altro è di almeno 7 giorni.

Il Socio affetto da forme morbose ad andamento cronico è assistibile per un massimo di 15 giorni all'anno.

Qualora l'iscrizione non decorra dal mese di gennaio, i giorni di assistenza saranno in dodicesimi proporzionali ai mesi di effettiva iscrizione.

Sono esclusi i ricoveri per assistenza.

Decorrenza

RICOVERI

Le prestazioni sono riconosciute trascorsi: 30 giorni dall'iscrizione, 300 giorni in caso di parto e dalle ore 24 successive in caso di infortunio e comunque tutte con decorrenza dalla data del pagamento dei contributi associativi.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE e ASSISTENZA OSPEDALIERA E DOMICILIARE

Le prestazioni sono riconosciute trascorsi: 90 giorni dall'iscrizione, 300 giorni in caso di parto e dalle ore 24 successive in caso di infortunio e comunque tutte con decorrenza dalla data del pagamento dei contributi associativi.

Autorizzazione

Ogni ricovero in struttura sanitaria a pagamento deve essere autorizzato per iscritto dal Consorzio Mutue.

L'autorizzazione prevede la presentazione da parte dell'assistito di una proposta di ricovero, redatta dal medico curante o dallo specialista, nella quale vengono esposte le motivazioni del ricovero con i dati clinici e le notizie anamnestiche di rilievo può inoltre essere richiesta la documentazione relativa ai ricoveri precedenti, agli esami e alle terapie precedentemente eseguite. In caso di ricovero d'urgenza la comunicazione deve essere inviata per iscritto al Consorzio Mutue entro tre giorni.

L'autorizzazione e l'urgenza non escludono il successivo accertamento ai fini del diritto al rimborso del ricovero ai sensi dell'art. 5 del presente Regolamento.



Ricoveri per cure mediche

Il Consorzio Mutue interviene nei casi di ricovero per cure mediche (senza intervento chirurgico) quando il Socio sia affetto da forme patologiche che, per entità del quadro clinico, incertezza diagnostica o problemi terapeutici, comportino controlli e assistenza medica continuativa.

I presupposti possono essere:

- rischio di complicazioni;
- incertezza diagnostica che renda indispensabili adeguati accertamenti clinici eseguibili solo in strutture pubbliche o private;
- trattamenti terapeutici che richiedono controlli clinici continui.
- presenza di situazione clinica grave o di difficile inquadramento;
- impiego di tecniche di esecuzione o strumentazioni particolari;
- rischio nell'espletamento dell'esame clinico.

I ricoveri richiesti solo per l'esecuzione di accertamenti diagnostici non sono rimborsabili.

Documentazione

Al termine di ogni ricovero il Socio è tenuto a produrre la seguente documentazione:

- copia della cartella clinica completa e del diario clinico e originali delle fatture di spesa e notule mediche rimaste a carico del Socio.

Per i ricoveri in corsia comune, sarà sufficiente il certificato di degenza dell'ospedale con evidenziati la data di ricovero, quella di dimissione, nonché la diagnosi medica circostanziata.

Il Consorzio Mutue potrà richiedere ogni altra documentazione relativa al ricovero e alla patologia che lo ha determinato.

Per ottenere il rimborso delle prestazioni ambulatoriali il Socio deve presentare al Consorzio Mutue, la seguente documentazione:

- Prestazioni in strutture private: fatture di spesa e dettaglio degli esami eseguiti con prescrizione medica e l'indicazione dettagliata degli esami da eseguire. La prescrizione dovrà inoltre contenere la diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia per cui vengono richiesti gli esami.
- Tickets: ricevute comprovanti il pagamento.
- Visite specialistiche private: parcella del medico specialista e per le visite specialistiche internistiche e geriatriche: parcella del medico specialista cor-



redata dalla richiesta del medico di base con indicata la diagnosi presunta o accertata.

Rimborsi

Gli importi rimborsabili in caso di assistenza per ricoveri sono limitati nella misura complessiva massima di € 50.000,00 pro-capite (esclusi i trapianti) e di € 2.500,00 pro-capite per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale all'anno.

L'importo complessivo da corrispondere a rimborso per assistenza ricoveri non potrà essere comunque superiore al 92,5% della spesa sostenuta e riconosciuta come rimborsabile, con il minimo del 70% per la chirurgia generale e del 75% per neoplasie maligne. Il Consiglio di Amministrazione, su richiesta del Socio, potrà erogare un'anticipazione nel caso di particolari situazioni e a fronte di rilevanti spese da sostenere.

Interventi chirurgici

In caso di interventi chirurgici eseguiti nella stessa seduta, viene applicata, nei limiti della spesa sostenuta e riconosciuta rimborsabile, la tariffa riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per l'altro o per gli altri interventi la relativa tariffa è ridotta al 50%.



RICOVERI

RICOVERI ASSISTENZA COMPLETA

L'Assistenza completa di cui alla lettera a) dell'art. 2 del presente Regolamento, prevede rimborsi o indennità per ricoveri in strutture pubbliche e case di cura.

Sono assistibili anche i ricoveri in regime di day-hospital come previsto dall'art. 5 del presente Regolamento.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino alla data del compimento del 60° anno di età.

Gli importi dei contributi associativi saranno suddivisi in scaglioni secondo le seguenti fasce di età:

- fascia 1 da 0 a 18 anni
- fascia 2 da 19 a 29 anni
- fascia 3 da 30 a 44 anni
- fascia 4 da 45 a 55 anni
- fascia 5 da 56 a 59 anni
- fascia 5 oltre 60 anni.

RICOVERI CON INTERVENTI CHIRURGICI

1. Ricoveri in casa di cura

Rimborso secondo il tariffario del Consorzio Mutue per le spese in casa di cura (degenza, sala operatoria, esami, farmaci, ecc.).

Equipe medica: rimborso secondo il tariffario FASI in vigore.

Sono escluse dal rimborso le spese extra (telefono, bar, pernottamento e pasti ospiti, ecc.)

Per quanto riguarda i ricoveri a pagamento è inoltre prevista una integrazione economica nel limite della spesa sostenuta in base al tipo di intervento chirurgico come da elenco depositato presso la sede del Consorzio Mutue nelle seguenti misure:

- intervento di 1° livello € 50,00
- intervento di 2° livello € 100,00
- intervento di 3° livello € 200,00
- intervento di 4° livello € 500,00
- intervento di 5° livello € 1.000,00



2. Assistenza Trapianti

In caso di trapianti di cuore, fegato, rene, pancreas e polmone, è previsto un rimborso una-tantum delle spese sostenute per il prelievo dal donatore, il trasporto dell'organo e le spese necessarie all'intervento chirurgico durante il ricovero, gli accertamenti diagnostici, cure e medicinali, l'assistenza medica, infermieristica e la retta di degenza, fino a: € 125.000,00.

RICOVERI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI

- rimborso retta di degenza € 300,00 al giorno con il massimo di € 4.500,00
- esami di laboratorio e altre prestazioni diagnostiche secondo tariffario in vigore
- medicinali al costo
- sangue ed emoderivati al costo
- assistenza medica € 100,00 al giorno con il massimo di giorni 15
- consulti € 150,00 (massimo 3 consulti)

RICOVERI PER PARTO

In caso di ricovero per parto fisiologico è prevista l'erogazione di un rimborso massimo di € 4.000,00.

RICOVERI ALL'ESTERO

Oltre a quanto evidenziato ai punti precedenti è previsto un contributo delle spese di viaggio del paziente in caso di ricoveri in ospedali pubblici e case di cura all'estero per interventi di alta chirurgia con un massimo di € 1.000,00.

RICOVERI IN ASSISTENZA GRATUITA

Diaria giornaliera in ospedali € 40,00

TERAPIE RIABILITATIVE

In caso di ricovero per terapie riabilitative in assistenza gratuita il socio ha diritto alla diaria giornaliera di € 40,00 per un massimo di giorni 15 e se effettuate in regime di pagamento il Socio ha diritto ad un concorso spese determinato in: € 130,00 giornaliera per un massimo di giorni 15.

TERAPIE ONCOLOGICHE

I ricoveri per radio-chemioterapia sono ammessi in regime di Day-Hospital. L'importo dei medicinali è rimborsabile nella misura massima di € 10.000,00 una-tantum per tutto il ciclo radio-chemioterapico.



MALATTIE NERVOSE

Per alcune malattie nervose quali la sindrome depressiva, l'anoressia e le forme epilettiche è previsto un contributo una tantum come specificato:

- in caso di ricovero a pagamento contributo massimo di € 1.500,00;
- in caso di ricovero in struttura pubblica diaria giornaliera di € 40,00 al giorno per un massimo di giorni 15.

RICOVERI ASSISTENZA PARZIALE

L'Assistenza ai ricoveri di cui alla lettera a) dell'art. 2 del presente Regolamento, prevede indennità o rimborsi per ricoveri in strutture private.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino alla data del compimento del 60° anno di età.

RICOVERI CON INTERVENTI CHIRURGICI

Ricoveri in casa di cura

Rimborso secondo il tariffario del Consorzio Mutue per le spese in casa di cura (degenza, sala operatoria, esami, farmaci, ecc.).

Equipe medica: rimborso secondo il tariffario FASI in vigore.

Sono escluse dal rimborso le spese extra (telefono, bar, pernottamento e pasti ospiti, ecc.).

Per quanto riguarda i ricoveri a pagamento è prevista una integrazione economica nel limite della spesa sostenuta in base al tipo di intervento chirurgico come da elenco depositato presso la sede del Consorzio Mutue nelle seguenti misure:

- intervento di 1° livello € 50,00
- intervento di 2° livello € 100,00
- intervento di 3° livello € 200,00
- intervento di 4° livello € 500,00
- intervento di 5° livello € 1.000,00



RICOVERI ALTA CHIRURGIA

L'Assistenza Alta Chirurgia di cui alla lettera a) dell'art. 2 del presente Regolamento, prevede indennità o rimborsi per ricoveri in strutture pubbliche e case di cura.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino alla data del compimento del 60° anno di età.

Gli importi dei contributi associativi saranno suddivisi in scaglioni secondo le seguenti fasce di età:

- fascia 1 da 0 a 18 anni
- fascia 2 > 18 anni

RICOVERI CON INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA

Ricoveri in casa di cura

Il Socio che è sottoposto agli interventi di alta chirurgia specialistica previsti nell'elenco approvato dal Consiglio di Amministrazione, hanno diritto al rimborso delle spese relative al ricovero (degenza, sala operatoria, medici, esami, farmaci ecc.) fino a un massimo di € 50.000,00 per anno pro-capite. I rimborsi saranno calcolati applicando quanto previsto dal tariffario del Consorzio Mutue. Sono escluse dal rimborso le spese extra (telefono, bar, pernottamento e pasti ospiti, ecc.).

Per gli interventi di "Artroprotesi, rimozione e reimpianto di protesi d'anca" gli importi del nomenclatore tariffario in vigore sono ridotti al 70%.

Per i ricoveri a pagamento è prevista inoltre una integrazione economica fino ad € 500,00 e nel limite della spesa sostenuta.

TERAPIE RIABILITATIVE

In caso di ricovero per terapie riabilitative in assistenza gratuita il socio ha diritto alla diaria giornaliera di € 40,00 per un massimo di giorni 15 e se effettuate in regime di pagamento il Socio ha diritto ad un concorso spese determinato in € 55,00 giornaliera per un massimo di giorni 15.

RICOVERI IN ASSISTENZA GRATUITA

Diaria giornaliera in ospedali € 40,00



INDENNITA' GIORNALIERE DI RICOVERO (IGR)

L'Assistenza I.G.R. di cui alla lettera d) dell'art. 2 del presente Regolamento, prevede indennità per ricoveri in strutture pubbliche e case di cura.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino alla data del compimento del 60° anno di età.

Non è d'obbligo iscrivere tutti i componenti il nucleo familiare.

RIMBORSI

I soci hanno diritto, in caso di ricoveri in strutture pubbliche o private, agli indennizzi come di seguito specificati:

- 1^ categoria € 17,50 al giorno
- 2^ categoria € 35,00 al giorno
- 3^ categoria € 55,00 al giorno
- 4^ categoria € 67,50 al giorno
- 5^ categoria € 82,50 al giorno
- 6^ categoria € 100,00 al giorno

In caso di ricovero per terapie riabilitative il Socio ha diritto all'indennità giornaliera per un massimo di 15 giorni.



ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE COMPLETA

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, di cui alla lettera b) dell'art. 2 del presente Regolamento prevede il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, prestazioni ambulatoriali, esami di laboratorio e altre indagini diagnostiche.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino alla data del compimento del 60° anno di età e deve essere abbinata ad almeno un'assistenza di ricovero: Assistenza Completa, Parziale e Alta Chirurgia.

PRESTAZIONI

1) Esami di laboratorio ed indagini diagnostiche:

se eseguiti in strutture convenzionate con il Consorzio Mutue, rimborso del 70% delle spese sostenute e documentate; se eseguiti in strutture non convenzionate rimborso del 70% calcolato in base al tariffario del Consorzio Mutue o dell'importo sostenuto se inferiore; qualora le spese sostenute siano di importo superiore del 50% rispetto al 100% del Tariffario saranno rimborsate nella misura del 50% della spesa.

2) Visite specialistiche:

rimborso delle visite specialistiche nella misura prevista dal tariffario del Consorzio Mutue € 95,00 ed € 125,00 per le visite specialistiche cardiocirurgiche e neurochirurgiche.

Le visite specialistiche fisiatriche, reumatologiche e dermatologiche saranno rimborsabili per un importo massimo di € 350,00 per anno pro-capite.

Le visite dietologiche sono rimborsabili per un importo massimo di € 150,00 per anno pro-capite.

3) Altre prestazioni ambulatoriali:

per piccole prestazioni ambulatoriali (piccola chirurgia, medicazioni e prestazioni specialistiche in genere effettuate dal medico) rimborso del 70% di quanto previsto dal tariffario del Consorzio Mutue o dell'importo sostenuto se inferiore.

4) Prestazioni di fisioterapia:

(fisiokinesiterapia, ultrasuoni, marconiterapia, radar, forni, elettrostimolazioni, massoterapia, magnetoterapia, fitoterapia, tens, rebox, manipolazioni e altre prestazioni analoghe) contributo del 50% della spesa sostenuta con un massimo di



€ 200,00 all'anno. In caso di infortunio il massimo è stabilito in € 400,00.

Le cure fisioterapiche eseguite presso i centri termali e i centri benessere non sono rimborsabili.

5) Ticket:

rimborso nella misura del 100% del ticket fino ad € 30,00 e del 90% per tickets superiori a € 30,00 pagati al Servizio Sanitario Nazionale per prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Sono esclusi i rimborsi dei tickets relativi alle seguenti prestazioni:

- cure e prestazioni odontoiatriche
- visite psichiatriche
- prestazioni di psicoterapia individuale e/o di gruppo
- vaccini

6) Agopuntura:

rimborso € 20,00 per seduta con un massimo di € 200,00 all'anno.

7) Infiltrazioni:

rimborso € 20,00 per seduta con un massimo di € 200,00 all'anno.

8) Cure termali:

sono rimborsabili i tickets per le cure riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale. Il massimo annuo dei tickets rimborsabili è di € 100,00.

9) Logopedia:

contributo del 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 200,00 all'anno.

10) Altre indagini diagnostiche:

contributo del 50% della spesa sostenuta per esami e indagini eseguiti per la sterilità con un massimo di € 300,00 all'anno.

11) Contributo malattie nervose:

contributo del 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 200,00 in caso o di patologie nervose quali la sindrome depressiva, l'anoressia e le forme epilettiche.

12) Prestazioni di laserterapia articolare:

sono rimborsabili al 50% della spesa sostenuta con un massimo di € 300,00 per anno.

13) Rimborso di prestazioni avvenute prima o dopo un ricovero per intervento chirurgico (60 giorni prima e 90 giorni dopo):

- visite specialistiche: € 125,00 per ogni visita, max € 500,00 (relative al ricovero);
- fisioterapia e riabilitazione: rimborso sino a € 750,00;



ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PARZIALE

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale parziale, di cui alla lettera b) dell'art. 2 del presente Regolamento prevede il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, prestazioni ambulatoriali, esami di laboratorio e altre indagini diagnostiche effettuate prima e dopo un ricovero.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino alla data del compimento del 60° anno di età e deve essere abbinata ad almeno un'assistenza di ricovero: Assistenza Completa, Parziale e Alta Chirurgia.

PRESTAZIONI

Rimborso di prestazioni avvenute prima o dopo un ricovero per intervento chirurgico (60 giorni prima e 90 giorni dopo):

- esami di laboratorio: rimborso del 70% massimo calcolato in base al tariffario del Consorzio Mutue o dell'importo effettivamente sostenuto se inferiore; qualora le spese sostenute siano di importo superiore del 50% rispetto al 100% del Tariffario saranno rimborsate nella misura del 50% della spesa.
- visite specialistiche: € 125,00 per ogni visita, max € 500,00 (relative al ricovero);
- fisioterapia e riabilitazione: rimborso sino a € 750,00;
- doppler, ecografie, elettrocardiogrammi, endoscopia diagnostica: rimborso del 70% massimo calcolato in base al tariffario del Consorzio Mutue.

L'insieme di tutte le prestazioni vengono rimborsate fino ad un massimo di € 1.500,00.



ASSISTENZA “SENIOR”

L'Assistenza Senior, di cui alla lettera a) e b) dell'art. 2 del presente Regolamento prevede il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ambulatoriali e ricoveri.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa assistenza è consentita fino alla data del compimento del 66mo anno di età per l'assistenza Senior 1 e del compimento del 70mo anno di età per la Senior 2. Per i famigliari è d'obbligo l'iscrizione alle assistenze di ricovero Completa o Alta Chirurgia abbinate all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa.

PRESTAZIONI

Gli iscritti hanno diritto ai rimborsi previsti dalle assistenze Completa oppure Alta Chirurgia in base alla scelta del Socio:

- rimborsi in caso di ricovero
- assistenza trapianti
- rimborsi per prestazioni ambulatoriali - secondo quanto previsto dall'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa.

I facenti parte del nucleo familiare pagheranno i contributi associativi nella misura loro dovuta secondo l'età al momento dell'iscrizione.



ASSISTENZA INDENNITARIA

L'Assistenza Indennitaria, di cui alla lettera d) dell'art. 2 del presente Regolamento prevede erogazioni di indennità per ricoveri.

Iscrizioni

L'iscrizione è consentita fino alla data del compimento del 65° anno di età purché iscritti ad una delle assistenze di ricovero Completa, Parziale, Alta Chirurgia, SENIOR.

Non è d'obbligo iscrivere tutti i componenti il nucleo familiare.
Valgono le esclusioni previste dall'art. 5 del presente Regolamento.

RICOVERI CON INTERVENTI CHIRURGICI

Prestazioni Assistenza Indennitaria A

L'assistenza prevede in caso di intervento chirurgico un indennizzo economico secondo il Tariffario come segue:

- interventi di 1° livello € 300,00
- interventi di 2° livello € 800,00
- interventi di 3° livello € 2.000,00
- interventi di 4° livello € 3.200,00
- interventi di 5° livello € 6.400,00

Prestazioni Assistenza Indennitaria B

L'assistenza prevede in caso di intervento chirurgico un indennizzo economico secondo il Tariffario come segue:

- interventi di 1° livello € 500,00
- interventi di 2° livello € 1.500,00
- interventi di 3° livello € 3.000,00
- interventi di 4° livello € 4.500,00
- interventi di 5° livello € 9.000,00

L'elenco dettagliato degli interventi chirurgici e della loro classe di appartenenza è depositato presso la sede del Consorzio Mutue e i Soci possono farne richiesta.



RICOVERI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI

Prestazioni assistenza indennitaria C

L'assistenza prevede in caso di ricovero di medicina un indennizzo economico di € 300,00 al giorno con il massimo di giorni 15.

INDENNIZZI

Gli indennizzi previsti per l'assistenza Indennitaria A B e C spettano nella misura del 100% fino all'integrazione dell'importo della spesa sostenuta dal Socio e del 25% sull'eventuale eccedenza, sempre nei limiti di ogni livello, della differenza residua. Qualora il ricovero sia a carico del SSN o altro Ente spetta il 25%.



ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Assistenza Ospedaliera di cui alla lettera c) dell'art. 2 del presente Regolamento consiste nella vigilanza temporanea dei Soci ricoverati in ospedale o in casa di cura.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza per il Socio e i familiari soci compresi nel suo stato anagrafico di famiglia, è consentita fino alla data del compimento del 75° anno di età.

Gli importi dei contributi associativi saranno suddivisi a scaglioni secondo le seguenti fasce d'età al momento dell'iscrizione:

- fascia 1 da 0 a 69 anni
- fascia 2 da 70 a 75 anni

Qualunque variazione allo stato di famiglia dovrà essere comunicata al Consorzio Mutue entro il 30° giorno dal suo verificarsi.

Assistibilità

Ogni nucleo familiare ha diritto ad essere assistito fino ad un massimo annuo di 240 ore diurne e notturne in modo continuato o alternato e a 12 ore diurne di assistenza domiciliare conseguenti ad un ricovero.

L'assistenza diurna è erogata in turni minimi di 2 ore.

L'assistenza notturna è erogata in turni minimi di 9 ore consecutive.

Qualora l'iscrizione non decorra dal mese di gennaio, l'iscritto ha diritto di fruire di tanti dodicesimi del massimo annuo previsto per quanti sono i mesi di effettiva iscrizione.

Fermo restando il massimo annuo assistibile di 240 ore, il nucleo familiare che abbia usufruito in continuazione, anche in due anni successivi non ha diritto a nuova assistenza se non sono trascorsi 60 giorni dalla data in cui è stato raggiunto il massimo di assistibilità.

Assistenza in forma diretta e in forma indiretta

L'assistenza viene erogata, di norma, in forma diretta da enti, organismi, associazioni o cooperative a ciò abilitati e con i quali il Consorzio Mutue ha stipulato appositi accordi.

È fatto obbligo, pertanto, ai Soci di avvalersi dei servizi convenzionati dal Consorzio Mutue per poter fruire di tali prestazioni.

Qualora, per ragioni indipendenti dalla volontà del Consorzio Mutue, non



fosse possibile l'erogazione dell'assistenza in forma diretta, il Consorzio Mutue provvederà ad assistere i soci in forma indiretta rimborsando loro, su presentazione di regolare documentazione quietanzata, un importo fino ad un massimo di € 10,00 all'ora, sempre che i Soci siano stati effettivamente assistiti da terzi e non da familiari.

Modalità e prassi

L'assistenza viene erogata soltanto se autorizzata dal personale sanitario responsabile del reparto ove è ricoverato il Socio da assistere.

Tale autorizzazione (o permesso) deve essere in possesso, per conto dei familiari interessati, del personale che dovrà provvedere ad assistere il malato.

Il Socio e i suoi familiari, per ottenere l'assistenza devono farne richiesta (anche telefonicamente) con almeno 24 ore di preavviso.

I casi di eccezionali acuzie saranno presi in considerazione dal Consorzio Mutue entro le 24 ore dalla comunicazione.

L'assistenza al degente comprenderà tutte le prestazioni che non rientrino, per legge, contratto di lavoro o regolamenti interni, nelle competenze proprie del personale sanitario e parasanitario dell'istituto di cura.

Esclusioni e limiti

Il Consorzio Mutue non si fa carico di eventuali disservizi derivanti da fattori estranei alla sua attività.

Sono escluse dall'assistenza le conseguenze di calamità naturali e quelle derivanti da epidemie, uso di alcolici, stupefacenti ed allucinogeni.

L'assistenza, a favore di ammalati cronici, viene erogata, su domanda degli interessati, di volta in volta a giudizio del Consorzio Mutue.

Il Consorzio Mutue nel caso di comprovata irregolarità potrà sospendere, anche immediatamente, ogni assistenza senza che ciò costituisca preclusione all'eventuale adozione di altre diverse decisioni.



ASSISTENZA OSPEDALIERA E DOMICILIARE

L'Assistenza Ospedaliera e Domiciliare di cui alla lettera c) dell'art. 2 del presente Regolamento, è comprensiva di numero 240 ore di assistenza in ospedale (per nucleo familiare).

Comprende inoltre l'assistenza domiciliare per numero 90 ore diurne e numero 25 prestazioni infermieristiche (per nucleo familiare) a favore dei Soci colpiti temporaneamente – intendendosi per temporaneo l'evento morboso non di carattere cronico – da malattia o da infortunio come da certificazione rilasciata dal medico curante.

L'assistenza domiciliare comprende:

a) Prestazioni infermieristiche

Le prestazioni infermieristiche consistono in medicazioni e iniezioni. Potrà eventualmente essere consegnato, al personale inviato a domicilio per le suddette prestazioni, anche materiale per esami di laboratorio da recapitare al gabinetto di analisi prescelto.

b) Cura personale

I servizi relativi all'ammalato sono i seguenti:

- igiene personale dello stesso;
- acquisto di medicinali (per questi ultimi solo se prescritti dal medico curante);
- custodia temporanea della persona anziana non autosufficiente lasciata sola per un breve periodo.

Esclusioni e limiti

Ogni prestazione deve essere richiesta con almeno 24 ore di preavviso.

L'Assistenza Domiciliare non può essere concessa quando il Socio o il familiare è domiciliato presso qualsiasi istituto di cura, di riposo o simili.

I malati cronici sono assistibili per un massimo di 20 ore e di 10 prestazioni infermieristiche all'anno dall'insorgere della malattia.

Qualora l'iscrizione non decorra dal mese di gennaio l'assistito avrà diritto di fruire di tanti dodicesimi di ore e di prestazioni infermieristiche per quanti sono i mesi interi di effettiva iscrizione, ridotte a 20 ore e 10 prestazioni infermieristiche per i malati cronici.

Fermi restando i massimali annui di assistibilità sopra descritti, il nucleo familiare che abbia usufruito in continuazione, anche in due anni successivi, di



detti massimali, non ha diritto a nuova assistenza se non sono trascorsi almeno 60 giorni dalla data in cui è stato raggiunto il massimo di assistibilità.

L'Assistenza Domiciliare è effettuata in forma diretta con Enti convenzionati ed in forma indiretta per un importo massimo di € 10,00 all'ora sempre che i soci siano stati effettivamente assistiti da terzi e non da familiari.



ASSISTENZE GRATUITE

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Iscrizioni

L'Assistenza è erogabile solo ai soci iscritti da almeno 36 mesi alle assistenze per ricoveri Completa, Parziale e Alta Chirurgia abbinate all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa o assistenze Senior 1 e 2.

PRESTAZIONI E RIMBORSI

1. Terapie odontoiatriche (rimborsabili una-tantum):

- contributo una tantum fino a € 1.500,00 per ciclo completo di terapia ortodontica per anomalie di 3[^] classe;
- contributo una tantum fino a € 1.000,00 per ciclo completo di terapia ortodontica per anomalie di 2[^] classe.

Hanno diritto i Soci di età non superiore ai 16 anni.

2. Implantologia (rimborsabili una-tantum):

- rimborso sino a € 9.000,00 per protesi con impianto endosseo; il contributo per ogni singolo impianto non potrà superare € 500,00 per impianto.

Quando non è possibile applicare la protesi fissa con impianto endosseo il rimborso è di € 250,00 per elemento con un massimo di € 2.500,00.

Documentazione

Relazione medica e fattura comprovante la spesa sostenuta.

Lo stanziamento massimo globale all'anno è di € 100.000,00 erogabile a ripartizione a fine anno in caso di richieste eccedenti tale importo.

PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA

Iscrizioni

L'Assistenza è erogabile solo ai Soci iscritti alle assistenze da almeno 36 mesi per ricoveri Completa, Parziale o Alta Chirurgia abbinate all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa o alle assistenze Senior 1 o 2.

PRESTAZIONI

Il contributo viene erogato in caso di perdita irreversibile dell'autosufficienza che si considera avvenuta quando vengono a mancare almeno 4 dei 6 atti del vivere quotidiano quali nutrirsi, lavarsi, vestirsi, essere continenti, usare i ser-



vizi igienici e spostarsi. Tale stato patologico deve perdurare per almeno 6 mesi dalla data di presentazione della richiesta di contributo.

CONTRIBUTO

L'importo rimborsabile è di € 5.000,00 una-tantum.

Lo stanziamento massimo globale annuo è di € 125.000,00 erogabile a ripartizione a fine anno in caso di richieste eccedenti tale importo.

NORME PER OTTENERE IL CONTRIBUTO

Allegare alla domanda per ottenere il contributo un certificato medico e copia verbale della Commissione Medica che attesti la perdita irreversibile di almeno 4 dei 6 atti del vivere quotidiano e che precisi l'origine accidentale o patologica dell'affezione che ha causato la perdita di autosufficienza.

La richiesta può essere verificata da un medico di fiducia del Consorzio Mutue.

GIOVANI MADRI

Iscrizioni

L'Indennità giornaliera è erogabile ai soci iscritti alle assistenze di ricovero Completa, Parziale e Alta Chirurgia abbinate all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa.

PRESTAZIONI

Hanno diritto al contributo di € 50,00 al giorno per un massimo di 20 giorni all'anno, le madri o affidatari di bambini di età inferiore a 12 anni che sono inabilite ad assolvere la minima attività quotidiana per accudire i figli a causa di infortunio o in caso di ricovero con una degenza di almeno 24 ore oppure quando le madri assistono i figli ricoverati.

NORME PER OTTENERE LE PRESTAZIONI

È necessario presentare un certificato medico con diagnosi e prognosi.

CONTRIBUTO ISCRIZIONE NEONATI

I neonati iscritti entro 2 mesi dalla nascita all' Assistenza di ricovero Completa, Parziale e Alta Chirurgia abbinate all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa hanno diritto ad un contributo di € 300,00 una-tantum.



CONTRIBUTO TRASPORTO AMBULANZA

Hanno diritto i soci iscritti all'Assistenza di ricovero Completa, Parziale e Alta Chirurgia abbinate all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa o alle assistenze Senior 1 o 2.

Il contributo è di un importo massimo di € 150,00 per ogni trasporto e per complessivi 4 trasporti all'anno.

CONTRIBUTO RSA

Hanno diritto i soci iscritti all'Assistenza di ricovero Completa, Parziale e Alta Chirurgia abbinate all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Completa o alle assistenze Senior 1 o 2.

In caso di ricovero di sollievo presso le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) il contributo è di € 35,00 al giorno per un massimo di € 525,00 per anno.

PREMIO FEDELTA'

Hanno diritto al bonus i soci iscritti al Consorzio Mutue dalla nascita e con un'anzianità di iscrizione continuativa di almeno 30 anni. Sono esclusi i Soci iscritti alla sola Assistenza Ospedaliera e Domiciliare.

Il contributo è di € 300,00 una-tantum.



Il Consorzio Mutue si riserva, in qualsiasi momento, di integrare o modificare le norme del presente Regolamento.

I testi potrebbero presentare errori ed omissioni di cui il Consorzio Mutue non si ritiene responsabile.

Regolamento in vigore dall' 1/1/2018.





Sede: Via dei Cattaneo 17

28100 Novara

Tel 0321 628004

Fax 0321 611672

www.consorziomutue.it