



ENTE MUTUO
NEWS

Speciale

REGOLAMENTO

delle forme di Assistenza



**ARTICOLI DA 1 A 17 DEL REGOLAMENTO
IN VIGORE DAL 1° GENNAIO 2021**



ENTE MUTUO
REGIONALE
ASSISTENZA SANITARIA



**Vuoi risparmiare
sui tuoi contributi?
Lavora con noi,
presenta
un nuovo Socio!**



sconto
30%



ENTE MUTUO
REGIONALE
ASSISTENZA SANITARIA

Per chi presenta un nuovo nucleo familiare viene applicato uno sconto sui contributi ripartito nei due anni successivi.

In tal modo potrai ottenere un risparmio sui tuoi contributi pari al 30% dell'importo annuale di riferimento del nuovo iscritto (-15% nel 1° anno e -15% nel 2° anno).

Tale sconto servirà a diminuire i tuoi contributi sino ad un massimo pari all'importo totale della tua quota.

**Per una completa e ulteriore interpretazione della proposta,
richiedere informazioni al numero sotto indicato:**

02 7750950 Area Marketing e Iscrizioni



REGOLAMENTO

delle forme di Assistenza tipo



Articoli da 1 a 17 del Regolamento
in vigore dal 1° Gennaio 2021

Presentazione del Regolamento Ente Mutuo Regionale – Edizione 2021

In questo volume presentiamo la nuova edizione del Regolamento (art. da 1 a 17), approvato dall'Assemblea di Ente Mutuo del 3 luglio 2020, che entrerà in vigore il 1° gennaio 2021.

Si vuole sottolineare che, in considerazione del difficile momento che stiamo attraversando, l'Assemblea ha valutato di apporre modifiche minimali, prevalentemente di tipo tecnico - amministrativo o precisazioni di articoli in essere, per consentire una più chiara e dettagliata lettura e un conseguente miglior utilizzo del servizio in particolar modo per quanto concerne l'area ospedaliera

Segnaliamo inoltre che per quanto riguarda i contributi 2021 non è stato apportato alcun aumento e anche per il 2021 I soci potranno avere gratuitamente Assistenza a domicilio, le regole sul nostro sito www.entemutuomilano.it

Il Regolamento è lo strumento fondamentale che stabilisce le norme, i criteri e le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie in rapporto a livelli prestabiliti di assistenza sia in forma diretta tramite convenzioni che in forma indiretta tramite rimborsi.

Di seguito gli articoli interessati:

- **Art 6. Decorrenza del diritto alle prestazioni**

.....coniuge ed i figli di tutti gli iscritti, hanno diritto alle prestazioni ambulatoriali rispettivamente dalla data di matrimonio e di nascita e l'iscrizione, in assenza della quale alcuna prestazione verrà riconosciuta, deve obbligatoriamente avvenire entro 30 giorni dall'evento. Resta fermo il termine di 300 giorni dal quale decorre il diritto alle prestazioni per il ricovero per l'espletamento del parto e per le prestazioni ad esso connesse. In caso di parto il termine di 300 giorni, indicato nel primo comma, si computa dalla data di iscrizione della partoriente.

Viene precisato che l'abbattimento della carenza riguarda solo l'assistenza ambulatoriale e viene meglio specificata anche in ordine al parto.

- **Art. 10 Prestazioni**

Viene evidenziato e precisato nell'articolo modificato quali siano i compiti dell'assistito o suo delegato e in caso di ricoveri in forma diretta, presso le strutture sanitarie convenzionate, si ricordano i doveri contrattuali delle stesse, sia di informazioni ai Soci e Assistiti sia nei confronti di Ente Mutuo Regionale

- **Art. 10.1 Prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale**

.....La richiesta di annullamento dell'autorizzazione relativa all'anno di competenza precedente deve essere fatta entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo.....

- *Art. 10.2.7 Terapia medica oncologica*
Viene esclusa la voce "terapia di supporto".
- *Art. 11 Limiti delle prestazioni*
Sono stati inseriti alcuni nuovi punti e meglio specificati altri esistenti.
- *Articolo 17 Disposizioni finali*
È stata inserita una precisazione
.....120 (centoventi) giorni dalla data della fattura di saldo della prestazione.....

Infine come sempre ricordiamo che gli allegati (da 1 a 10) sono parte integrante del Regolamento stesso e strumento indispensabile perché venga applicato in maniera corretta e completa. Gli allegati 1,2,3,8 sono disponibili e scaricabili dal sito www.entemutuomilano.it, area riservata, dove peraltro è pubblicato il Regolamento Completo.

In merito agli allegati segnaliamo che le modifiche apportate si trovano nei seguenti allegati:

- *allegato 4: fasce d'età*
- *allegato 5: oculistica,*
- *allegato 9: intestino, chirurgia plastica ricostruttiva, chirurgia del piede*

Desideriamo concludere ricordando che il nostro Ente ha operato nell'interesse comune, a salvaguardia di tutti i Soci le nostre scelte sono state dettate dallo spirito di mutualità che da sempre ci contraddistingue e ci rappresenta

Siamo a disposizione per qualsiasi precisazione o chiarimento e continueremo a fare tesoro di ogni Vostro suggerimento utile. Lavorando insieme riusciremo a crescere e migliorare sempre più la qualità e l'offerta di Ente Mutuo.

Il Direttore
Giuseppe dalla Costa

Il Vice Presidente Delegato
Carlo Alberto Panigo

REGOLAMENTO

ART. 1 - PREMESSA

Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso (nel prosieguo Ente Mutuo) costituito sotto gli auspici di Unione Confcommercio – Imprese per l'Italia Milano, Lodi, Monza e Brianza (di seguito Unione Confcommercio), presta le assistenze mediche descritte negli articoli da 9 a 17 del presente Regolamento a favore dei propri Soci e degli iscritti "Aventi Diritto" che ne abbiano accettato Statuto e Regolamenti, presentando apposita domanda di iscrizione. Il trattamento dei dati personali, con l'esplicito consenso di tutti gli iscritti, è finalizzato all'erogazione dei servizi.

ART. 2 - SOCI ORDINARI

Possono iscriversi ad Ente Mutuo in qualità di Soci gli operatori che siano in possesso dei requisiti per iscriversi alle Associazioni costituenti o aderenti alla Confcommercio Imprese per l'Italia - Associazioni Provinciali della Lombardia, nonché alle Associazioni costituenti Confcommercio a carattere Interprovinciale, Regionale, Interregionale, Nazionale per il nucleo dei propri associati con sede, anche se solo operativa, in Lombardia, purché siano in attività, la domanda sia compilata sui moduli editi da Ente Mutuo, sia completa in ogni sua parte, siano allegati tutti i documenti in essa richiesti e infine sia stata accolta con decisione insindacabile del Consiglio di Amministrazione, delegabile al Comitato esecutivo di cui all'Art. 15, comma 3, lett. f., dello Statuto, qualora nominato.

Possono iscriversi in qualità di Soci anche:

- a) coloro che in passato siano stati iscritti alle Associazioni aderenti a Unione Confcommercio e che siano già iscritti ad Ente Mutuo per il periodo di tempo indicato nel "Regolamento Attuativo";
- b) coloro che, nei limiti del 5 % della compagine sociale di Ente Mutuo e sino ad esaurimento di detta percentuale, ancorché privi dei requisiti per iscriversi alle Associazioni aderenti a Unione Confcommercio, facendone domanda, ottengano parere favorevole del Consiglio di Amministrazione, delegabile al Comitato esecutivo di cui all'Art. 15, comma 3, lett. f. dello Statuto, qualora nominato.

Mantengono la qualifica di Socio coloro che ai sensi delle precedenti disposizioni statutarie e regolamentari erano qualificati tali alla data del 30 novembre 2015, data di entrata in vigore del nuovo Statuto di Ente Mutuo.

ART. 3 - ISCRIZIONE

L'iscrizione a Ente Mutuo è obbligatoria per un periodo minimo di tre anni solari successivi a quello di iscrizione e, successivamente, si rinnova tacitamente di anno in anno salvo disdetta da comunicare a Ente Mutuo a mezzo di lettera raccomandata, da inviarsi entro e non oltre il 30 settembre di ogni anno.

Il predetto termine è perentorio.

L'iscrizione è estesa a tutti i membri del nucleo familiare del Socio che diventano "Aventi Diritto" dei servizi e delle prestazioni medico-sanitarie; tale obbligo può venir meno solo per quel membro del nucleo familiare già iscritto ad altra assistenza sanitaria privata, purché ne fornisca la prova documentale.

La domanda di iscrizione deve essere presentata debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente, sui moduli predisposti da Ente Mutuo, allegando tutta la documentazione richiesta, con l'indicazione della forma di assistenza prescelta ed ammessa in relazione all'età e l'elenco di tutti i componenti del nucleo familiare che obbligatoriamente devono essere compresi nell'iscrizione in qualità di "Aventi Diritto".

L'iscrizione è ammessa sino al cinquantacinquesimo anno di età per le forme C, D e Dplus e al sessantaduesimo anno di età per la forma B.

Nel corso del rapporto associativo ogni variazione delle condizioni dichiarate dovrà essere tempestivamente denunciata entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui si è verificato l'evento, pena la decadenza dal diritto all'assistenza. È facoltà di Ente Mutuo, in caso di omessa denuncia, risolvere il rapporto associativo.

Non è prevista né consentita nessuna forma di sospensione dell'iscrizione all'Ente.

ART. 4 - CONTRIBUTI ASSOCIATIVI O INTEGRATIVI

Tutti i contributi, statutariamente stabiliti dal Consiglio di Amministrazione sia per i Soci che per gli "Aventi Diritto", devono essere corrisposti anticipatamente dal Socio secondo le modalità ed i termini di anno in anno stabiliti.

I Contributi sono deliberati in cifra annuale e non sono divisibili in relazione ad eventi che possano verificarsi nel corso dell'anno quali, a titolo meramente esemplificativo: cessazioni di attività, trasferimento di residenza, decessi, etc.

Per i Soci di cui all'articolo 2, comma secondo, lettera a) e b) del presente Regolamento è previsto un contributo aggiuntivo, detto integrativo, nella misura stabilita di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione.

La reinscrizione del Socio a Unione Confcommercio comporta la facoltà di ottenere lo storno del contributo integrativo solo ed esclusivamente per l'anno in cui viene presentata la domanda e questa sia accolta da Ente Mutuo.

Ai Soci morosi, che sono in ogni caso obbligatoriamente tenuti al pagamento dei contributi relativi all'annualità in corso, verranno addebitati gli interessi legali.

Ai Soci che siano stati sempre puntuali nei pagamenti e che risultino iscritti, continuativamente, per almeno dieci anni, dall'undicesimo anno verranno applicate riduzioni ai contributi associativi, stabilite annualmente dal Consiglio di Amministrazione. Ai Soci che non risulteranno più iscritti da almeno un anno alle Associazioni costituenti o aderenti alla Confcommercio Imprese per l'Italia – Associazioni Provinciali della Lombardia, nonché alle Associazioni costituenti Confcommercio a carattere Interprovinciale, Regionale Interregionale, Nazionale con sede anche se solo operativa in Lombardia verrà applicato il contributo integrativo. Sarà loro cura verificare la loro posizione negli elenchi delle Associazioni sopracitate. Nel caso risultino iscritti con altra ragione Sociale o diversa Società, dovranno darne comunicazione ad Ente Mutuo che provvederà allo storno della quota per l'anno in cui avvenga tale comunicazione.

ART. 5 - DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

L'erogazione di sussidi per spese sanitarie e di trattamenti e prestazioni socio sanitarie, prevista nel presente Regolamento nelle varie e diverse forme di assistenza, potrà avvenire solo ed esclusivamente a favore dei Soci e "Aventi Diritto" in regola con i pagamenti dei contributi associativi.

In caso di morosità nei pagamenti dei contributi associativi l'assistenza di Ente Mutuo viene sospesa.

La sospensione dell'assistenza decorre, in caso di pagamenti dei contributi in forma quadrimestrale, con la scadenza della seconda rata consecutiva non pagata, mentre, in caso di pagamento dei contributi in unica soluzione, con la scadenza di detto pagamento.

Soltanto dopo 30 giorni dal pagamento degli importi a qualsiasi titolo dovuti, il Socio e conseguentemente gli "Aventi Diritto", saranno riammessi al diritto delle prestazioni.

ART. 6 - DECORRENZA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il diritto alle prestazioni, salvo quanto riportato all'Art.11, decorre:

- 30 giorni dopo l'iscrizione per l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- 90 giorni dopo l'iscrizione per l'assistenza ospedaliera;
- 300 giorni dopo l'iscrizione per il ricovero per l'espletamento del parto e per le prestazioni ad esso connesse.

Il coniuge ed i figli di tutti gli iscritti, hanno diritto alle prestazioni ambulatoriali rispettivamente dalla data di matrimonio e di nascita e l'iscrizione, in assenza della quale alcuna prestazione verrà riconosciuta, deve obbligatoriamente avvenire entro 30 giorni dall'evento. Resta fermo il termine di 300 giorni dal quale decorre il diritto alle prestazioni per il ricovero per l'espletamento del parto e per le prestazioni ad esso connesse. In caso di parto il termine di 300 giorni, indicato nei commi, si computa dalla data di iscrizione della partoriente.

ART. 7 - CESSAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Al venir meno dei requisiti richiesti dallo Statuto, dal Regolamento e di quelli dichiarati dal Socio, cessa il diritto all'assistenza sanitaria.

L'esclusione dal diritto alle prestazioni è deliberata dal Consiglio di Amministrazione secondo quanto previsto nello Statuto. Il provvedimento di esclusione ha effetto immediato dalla data della delibera e si estende a tutti gli "Aventi Diritto". Il provvedimento di esclusione viene comunicato tramite raccomandata A/R al Socio e ai rispettivi "Aventi Diritto" all'ultimo domicilio noto a Ente Mutuo.

L'assistenza sanitaria cesserà con effetto immediato dalla comunicazione di esclusione, salvo casi particolari che dovranno essere deliberati dal Consiglio di Amministrazione.

ART. 8 - REVOCA E PERDITA DELLA QUALITÀ DI SOCIO

La revoca della qualità di Socio potrà essere decisa dal Consiglio di Amministrazione allorché vengano meno i presupposti per l'iscrizione a Ente Mutuo ed in particolare in caso di morosità nel pagamento dei contributi, a partire dall'anno successivo alla condizione di morosità rappresentata.

Il Socio receduto non ha diritto alla restituzione di alcun fondo Sociale.

Il Socio escluso a norma dello Statuto Sociale non ha diritto alla restituzione di alcun fondo Sociale.

In caso di morte del Socio i rimborsi eventualmente maturati verranno liquidati agli eredi legittimi nelle misure e nelle forme previste dal Codice Civile.

Gli eredi legittimi ai quali andranno liquidati i rimborsi potranno delegare uno solo di loro a riscuotere l'intera somma.

Tale pagamento avrà effetto liberatorio ai sensi di legge nei confronti di tutti gli eredi legittimi e/o beneficiari.

Gli eredi del Socio deceduto non hanno diritto alla restituzione di alcun fondo Sociale.

Il rapporto tra Ente Mutuo e gli "Aventi Diritto" si estingue a tutti gli effetti con il decesso del Socio, con il suo recesso ovvero con l'esclusione o la decadenza da tale qualifica.

ART. 9 - FORME DI ASSISTENZA

Le forme di assistenza tipo B, C, D, Dplus offerte da Ente Mutuo sono disciplinate dal presente Regolamento e dai rispettivi allegati. Al momento dell'iscrizione il Socio deve indicare, nella modulistica consegnata da Ente Mutuo, la forma di assistenza di cui intende usufruire, unica per tutto il proprio nucleo familiare.

Eventuali richieste di variazione del tipo di forma di assistenza devono essere presentate dal Socio al Consiglio di Amministrazione che delibererà in merito entro il 30 settembre di ciascun anno, per avere efficacia, nel caso di accettazione, a decorrere dal primo gennaio dell'anno successivo.

Ogni variazione del tipo di forma è consentita, nel rispetto dei limiti di età previsti dall'Art. 3, dopo un periodo minimo di cinque anni solari decorrente dalla prima iscrizione o dalla successiva variazione di forma e previo parere favorevole della Direzione. La Direzione, al fine di istruire la domanda, è autorizzata ad effettuare gli accertamenti che riterrà più opportuni. Gli iscritti che abbiano già compiuto il sessantesimo anno di età non potranno richiedere il passaggio alla forma di assistenza più completa.

Le forme di assistenza sono:

Tipo B (Art.13) Tipo C (Art.14) Tipo D (Art.15) Tipo Dplus (Art.16).

ART. 10 - PRESTAZIONI

L'assistenza agli iscritti nelle varie forme indicate per tipo è erogata in forma diretta, tramite strutture sanitarie convenzionate per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica ambulatoriale ed in forma indiretta per mezzo di rimborsi. L'assistenza ospedaliera, sia diretta che indiretta, copre la degenza per un periodo massimo di 10 giorni, salvo proroghe rilasciate per iscritto esclusivamente da Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso.

E' onere dell'iscritto, anche tramite un suo delegato, richiedere, direttamente a Ente Mutuo le succitate proroghe, che dovranno pervenire a Ente Mutuo tassativamente non oltre 3 (tre) giorni lavorativi (sabato escluso) antecedenti al termine dei 10 giorni della prima degenza.

In caso di ricoveri in assistenza diretta in Strutture sanitarie convenzionate, a cui spetta tale incombenza sarà comunque onere dell'iscritto attivarsi diligentemente affinché le succitate proroghe vengano richieste nei termini indicati al punto che precede. Ogni ritardo, indipendentemente da ogni e qualsiasi causa, comporterà il legittimo diniego di Ente Mutuo alla concessione della proroga richiesta.

L'erogazione delle prestazioni avviene con i criteri di rimborso, le modalità e le limitazioni presenti nel Regolamento e negli allegati.

L'esclusione di una patologia comporta l'esclusione di ogni prestazione ad essa correlata.

Per quanto attiene al passaggio di forma più completa, le patologie preesistenti saranno assoggettate alle regole della forma di assistenza precedente (secondo Art. 11 – punto 008 del vigente Regolamento).

Per il passaggio dalla forma B ad una forma superiore, il diritto alle prestazioni decorre dopo 90 giorni per l'assistenza ospedaliera e 300 giorni per l'espletamento del parto come specificato nell'Art. 6.

La documentazione delle spese sanitarie, fatta eccezione per la sola copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'Istituto/ospedale curante, deve essere consegnata in copia libera ad Ente Mutuo e in regola con le leggi fiscali vigenti ed allegata unitamente ai diversi moduli predisposti per ogni evenienza (allegati 1, 3, 8). Non si rimborsano fatture in acconto, se non accompagnate a quelle a saldo e non si rimborsano prestazioni non ancora interamente eseguite. Con riferimento alla normativa fiscale in tema di bollo (DPR 642/1972) l'applicazione dell'imposta di bollo, ove dovuta, rimane a carico dell'intestatario della fattura.

Sono soggette a rimborso esclusivamente le prestazioni sanitarie di comprovata efficacia clinica; non si rimborsano protocolli di studio o terapie sperimentali.

Ente Mutuo si riserva di convocare l'assistito per eventuali approfondimenti (visita, storia clinica, chiarimenti vari, etc.) e di richiedere tutta la documentazione che si ritenga utile acquisire agli atti. L'assistito che non ottemperi nei termini indicati alle richieste di Ente Mutuo decade dal diritto al rimborso.

L'assistenza si articola nelle seguenti prestazioni:

■ 10.1) Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Le prestazioni medico specialistiche vengono erogate in forma diretta presso strutture sanitarie convenzionate, previa autorizzazione emessa da Ente Mutuo su richiesta o referto del medico curante (medico di base/specialista) con validità di 12 mesi dalla data del rilascio.

La richiesta, o referto, del medico curante con diagnosi è necessaria per tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con l'unica eccezione delle visite specialistiche che possono essere richieste direttamente dal Socio e/o "avente diritto" tramite apposita autocertificazione (allegato 2), nei limiti di quanto stabilito nell'Art. 10.1.1. L'autorizzazione ha una validità di 30 giorni dalla data del rilascio; può essere rinnovata con analoga validità di 30 giorni nel corso dell'anno di competenza, ma entro e non oltre il 31 Gennaio dell'anno successivo.

La richiesta di annullamento dell'autorizzazione relativa all'anno di competenza precedente deve essere fatta entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo.

Non è consentito richiedere o emettere l'autorizzazione dopo che sono già state erogate le prestazioni. La richiesta, o referto, deve necessariamente rimanere allegata all'autorizzazione.

■ 10.1.1) Visite specialistiche (tipo B, D e Dplus)

Le visite specialistiche sono erogate o rimborsate fino ad un massimo di 7 all'anno per persona indipendentemente dalla branca specialistica; dall'ottava visita, solo per la forma diretta, il 50% del costo della prestazione sarà a carico dell'assistito; per la forma indiretta i rimborsi verranno erogati regolarmente. Si precisa, inoltre, che dalla terza visita di medesima branca è tassativamente necessario produrre richiesta del medico curante riportante la diagnosi, in caso contrario non potrà essere rilasciata la relativa autorizzazione.

Da tale Regola sono escluse:

- Ostetricia
- Pediatria
- Fisiatria (massimo 2 visite all'anno tra forma diretta e indiretta)
- Agopuntura (massimo 2 visite all'anno solo in forma indiretta)
- Odontoiatria - regolamentata dall'Art. 10.1.3

In forma diretta, rientrano nel massimale di 7 visite annue anche 2 visite dietologiche, purché effettuate da un medico laureato in medicina e chirurgia, che si occupa di nutrizione e specializzato in scienze dell'alimentazione.

Le visite specialistiche in forma diretta sono erogate presso le strutture sanitarie convenzionate con l'Ente.

Nel caso di superamento dei massimali di spesa deliberati dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4), si applicano le quote a carico descritte nell'Art. 10.1.4 "Disposizioni di carattere generale relative agli Art. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3".

In forma indiretta possono essere rimborsate solamente le visite specialistiche indicate nel "Nomenclatore tariffario dei rimborsi per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" (allegato 5).

Non sono previsti rimborsi per le visite non presenti nel Nomenclatore tariffario.

Sempre con riferimento al Nomenclatore tariffario sono rimborsabili anche le visite fruite all'estero.

Alla richiesta di rimborso (allegato 1), vanno allegate le copie libere delle fatture quietanzate recanti il nominativo del medico che ha effettuato la visita, la tipologia della stessa, l'eventuale specializzazione posseduta dal professionista, il numero delle visite, gli importi di ogni singola visita, le date di ogni singola visita e la richiesta del medico curante con la diagnosi di malattia.

■ 10.1.2) Altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (tipo B, D e Dplus)

Le altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (radiologia diagnostica, prestazioni di laboratorio, prestazioni di diagnostica strumentale, terapia fisica, respiratoria e riabilitativa) sono erogate gratuitamente in forma diretta per l'intero arco dell'anno entro i limiti e i massimali previsti dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4) presso le strutture sanitarie convenzionate con l'Ente.

In caso di superamento degli stessi si applicano le quote a carico descritte nell'Art. 10.1.4 "Disposizioni di carattere generale relative agli Art. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3".

Le prestazioni di terapia fisica e riabilitazione inerenti la fisiochinesiterapia (escluse le terapie con finalità estetiche, non riconosciute da Ente Mutuo), sono erogate o rimborsate, in cicli di dieci (10) sedute, ripetibili al massimo due volte l'anno per tipologia di prestazione. Per i gruppi di prestazioni sotto riportate, il limite massimo di 20 sedute per anno solare è da intendersi cumulabile fra loro.

- 1° Gruppo: Chinesiterapia Ginnastica Propriocettiva e posturale
 Riabilitazione Post-operatoria Rieducazione Neuromotoria
 Riabilitazione Post-traumatica Trattamento osteopatico (solo in forma indiretta max 3 all'anno)
- 2° Gruppo: Idrochinesiterapia Ginnastica vascolare in acqua.

Fanno eccezione le prestazioni:

- Tecarterapia, erogate con un limite di 10 prestazioni l'anno.
- Onde d'urto, erogate in cicli di tre (3) sedute, ripetibili al massimo due volte l'anno.

Per le prestazioni di laboratorio di analisi in forma diretta è previsto, all'interno del massimale di spesa individuale annuo, un massimale annuo di spesa pari ad € 200,00, oltre a tale importo il socio avrà a proprio carico il 100% della spesa eccedente. In forma indiretta possono essere rimborsate soltanto le prestazioni ambulatoriali riportate nel "Nomenclatore tariffario dei rimborsi per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" (allegato 5); non sono previsti rimborsi per le altre prestazioni specialistiche non presenti nel Nomenclatore tariffario.

In particolare è esclusa la forma di assistenza indiretta per: scintigrafie, prestazioni di laboratorio, risonanza magnetica nucleare (R.M.), tomografia computerizzata (T.C.) e densitometria ossea (M.O.C.), salvo le prestazioni riportate nell'allegato 5. Per i piccoli interventi/atti medici di chirurgia ambulatoriale dermatologica, che non necessitano dell'utilizzo della sala operatoria, l'Ente riconosce una partecipazione alla spesa per un importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (allegato 5) per non più di due sedute per anno solare.

Sempre con riferimento al Nomenclatore tariffario, sono rimborsabili anche le prestazioni specialistiche fruitive all'estero nei casi di urgenza medica.

Le prestazioni di "infiltrazioni endoarticolari o periarticolari" vengono riconosciute in un quantitativo massimo di 5 per anno solare tra forma diretta e indiretta.

Alla richiesta di rimborso (allegato 1), vanno allegare le copie libere delle fatture quietanzate recanti il numero ed il tipo delle prestazioni, gli importi di ogni singola prestazione, le date in cui sono state effettuate e la diagnosi di malattia per cui sono state effettuate le prestazioni.

■ 10.1.3 Prestazioni odontoiatriche (tipo B, D e Dplus)

Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute dall'Ente in forma diretta entro i limiti e i massimali previsti dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4) presso le strutture sanitarie convenzionate con l'Ente.

In caso di superamento degli stessi si applicano le quote a carico descritte nell'Art. 10.1.4 "Disposizioni di carattere generale relative agli Art. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3" del presente Regolamento.

Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute dall'Ente in forma indiretta tramite una partecipazione alla spesa sostenuta, nella misura prevista dal "Nomenclatore tariffario dei rimborsi per le prestazioni odontoiatriche" (allegato 6).

Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute solo se effettuate da un odontoiatra nei limiti e con le modalità previste nelle "Norme per l'erogazione in forma diretta e indiretta delle prestazioni odontoiatriche (allegato 7)".

In merito alle prestazioni riportate nell'allegato 7 si precisa che, per le prestazioni di seguito riportate, il limite erogabile comprende forma diretta e indiretta:

- Visita odontoiatrica: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente massimo 2 volte nell'anno solare con limite di 1 visita per scheda odontoiatrica (ciclo di cura).
- Ablazione tartaro: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente massimo 2 volte per ogni quadrante nell'anno solare.
- Levigatura radicolare: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente massimo 2 volte per ogni quadrante nell'anno solare.
- Courettage gengivale: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente massimo 1 volta per ogni quadrante nell'anno solare.
- Gengivectomia o Gengivoplastica: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente massimo 1 volta per ogni quadrante nell'anno solare.

Non sono riconosciute al rimborso le prestazioni effettuate da odontotecnici.

Non sono riconosciute al rimborso le protesi, la chirurgia implantare, le cure protesiche ed i relativi accertamenti diagnostici. Non è riconosciuta ogni altra prestazione non espressamente riportata nel Nomenclatore tariffario odontoiatrico ed i relativi accertamenti diagnostici.

Sempre con riferimento al Nomenclatore tariffario sono rimborsabili anche le prestazioni fruitive all'estero nei casi di urgenza medica.

Insieme alla richiesta di rimborso in forma indiretta (allegato 1), l'assistito dovrà presentare copia libera della fattura quietanzata con la specifica dettagliata delle singole prestazioni effettuate con relativi onorari, le date in cui sono state effettuate le prestazioni e la "Scheda riepilogativa delle prestazioni odontoiatriche" (allegato 8) debitamente compilata e la documentazione sanitaria (opt, rx-endorali, fotografie, cartella clinica, etc...) attestante la necessità e veridicità delle prestazioni effettuate. In caso di documentazione non idonea o insufficiente, non verrà erogato alcun rimborso.

Ente Mutuo si riserva la facoltà di convocare a visita l'assistito e richiedere in visione l'esame ortopantomografico delle arcate dentarie, le radiografie endorali ed ogni altra documentazione sanitaria che ritenga opportuno acquisire agli atti.

■ 10.1.4 Disposizioni di carattere generale relative agli Art. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3 – Quote a carico

Qualora nel corso dell'anno solare il totale del valore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate in strutture sanitarie convenzionate, nonché i rimborsi effettuati all'assistito (escluse le spese per assistenza ospedaliera e i contributi per altre prestazioni come il contributo di natalità, i ticket rimborsati per le sole prestazioni di laboratorio, i rimborsi per prestazioni come apparecchi ortodontici, trasporto autoambulanza, lenti correttive della vista) superi gli importi decisi di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4), l'assistito dovrà contribuire con una quota a carico* al pagamento degli importi eccedenti il massimale prefissato come segue:

- ✓ per il 20% se la spesa eccedente sarà inferiore o pari alla metà del massimale fissato di anno in anno;

- ✓ per il 30% se la spesa eccedente sarà superiore alla metà del massimale fissato di anno in anno;
- ✓ per il 50% se l'assistito avrà superato del doppio il massimale previsto;
- ✓ del 100% qualora l'assistito avrà superato del triplo il massimale previsto; la prestazione sarà quindi interamente a carico dello stesso.

Gli importi di cui sopra sono cumulabili per nucleo familiare, per cui la quota a carico* si applica oltre l'importo complessivo. Ai Soci che, in corso d'anno, non utilizzano completamente il massimale di spesa attribuito, sarà riconosciuta, nell'anno successivo, una quota a credito pari al 50% dell'importo non usufruito. Tale quota aumenterà pertanto il massimale individuale stabilito dal Consiglio di Amministrazione. La quota a credito cumulata nel corso degli anni non potrà essere superiore al massimale annuo spettante al nucleo familiare (all. 4).

* quota a carico: importo che l'iscritto verserà direttamente alla struttura prescelta. Tale struttura provvederà all'emissione della relativa fattura.

■ 10.2) Assistenza Ospedaliera

L'Ente si riserva la possibilità di poter inviare presso la struttura un proprio Consulente Medico per le eventuali verifiche dell'iter diagnostico del paziente. Si riserva, inoltre, di convocare l'assistito per eventuali approfondimenti. In caso di interventi di blefarocalasi, rinosettoplastica, ptosi ed altri casi che possono ravvisare interventi di chirurgia estetica, è necessario effettuare visite pre e post operatorie presso il Consulente Medico di Ente Mutuo.

Il rimborso per ricovero o day hospital o day surgery è tassativamente escluso nei casi riportati nell'Art. 11 e limitato agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

L'importo del massimale complessivo annuale per l'assistenza ospedaliera (diretta ed indiretta) riconosciuto ad ogni assistito è stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4).

Nessun rimborso è possibile se, dalla documentazione inviata, non risulta chiaramente che la struttura in questione è una struttura sanitaria autorizzata.

Per "day hospital" o "day surgery" si intende il ricovero limitato ad una sola giornata senza permanenza notturna, per tutte quelle patologie medico-chirurgiche che richiedono procedure diagnostiche e terapeutiche anche in anestesia locale, loco-regionale, generale.

Sono riconosciute le prestazioni in forma diretta e indiretta solo agli assistiti in regola con i pagamenti come previsto dall'Art. 5 del presente Regolamento.

L'assistenza ospedaliera in forma diretta, presso strutture sanitarie convenzionate, è erogabile solamente previa acquisizione da parte della struttura di autorizzazione scritta di Ente Mutuo, che l'assistito è tenuto a verificare per conoscere se l'Ente si è assunto o meno la copertura delle spese sanitarie.

Per le forme C-D-Dplus sono riconosciuti come esami pre-ricovero: esami ematochimici, visita anestesilogica, visita cardiologica ed elettrocardiogramma, rx torace.

L'Iva, sia per prestazioni sanitarie erogate in forma diretta che indiretta, viene rimborsata fino al limite massimo del 22%. In caso di eventuali aumenti, la differenza resterà a carico dell'assistito.

■ 10.2.1) Per i soli iscritti alla forma B

> Partecipazione alla spesa.

In caso di ricovero o day hospital o day surgery in Italia o all'estero (il ricovero all'estero necessita di autorizzazione preventiva rilasciata dall'Ente, con l'eccezione degli interventi documentati di urgenza) presso strutture sanitarie private o reparto solventi di strutture sanitarie pubbliche, l'Ente riconosce una partecipazione alla spesa per un importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4) e con un massimale annuo di 30 giorni di degenza, limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9) e con l'esclusione dei ricoveri per i punti indicati nell'Art. 11 del Regolamento.

L'assistito dovrà far pervenire all'Ente la richiesta di rimborso (allegato 3), copia libera delle fatture quietanzate, fatta eccezione per la sola copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'Istituto/ospedale curante. Nei ricoveri per parto la partecipazione alla spesa (in alternativa al contributo di natalità), viene riconosciuta purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

■ 10.2.2) Per i soli iscritti alla forma C e D

> Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie non convenzionate.

L'assistito è libero di recarsi presso la struttura sanitaria da lui prescelta in Italia o all'estero. Il ricovero all'estero necessita di autorizzazione preventiva rilasciata da Ente Mutuo con l'eccezione degli interventi documentati di urgenza medica. L'assistito dovrà provvedere direttamente al saldo delle spese relative al ricovero. Per ottenere il rimborso oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) dovrà presentare a Ente Mutuo copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, fatta eccezione per la sola copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'Istituto/ospedale curante.

Ente Mutuo riconosce secondo il Nomenclatore tariffario:

- a) la spesa prevista in caso di intervento chirurgico per le prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesta, dello strumentista/ferrista durante il ricovero (che deve intendersi comprensiva anche di tutta l'assistenza - visite ed altre prestazioni - prestata dall'équipe medico chirurgica durante l'intero arco del ricovero); se gli interventi chirurgici, in regime di ricovero, sono diversi (più di uno), viene corrisposta la tariffa massima per l'intervento principale (o economicamente più oneroso), mentre per gli altri la tariffa viene ridotta del 50% (allegato 9 parte 1);
- b) la spesa prevista per l'assistenza medica nei ricoveri medici senza intervento chirurgico in regime di ricovero, comprendente tutte le prestazioni dei medici del reparto di ricovero (allegato 9 parte 2);
- c) la spesa prevista per i consulti medici richiesti e documentati in cartella clinica (allegato 9 parte 3);
- d) il costo per la sala operatoria che deve intendersi comprensivo anche dell'uso di qualsiasi attrezzatura (allegato 9 parte 4);
- e) l'importo per la degenza (allegato 9 parte 5);
- f) il rimborso nella misura del 60% della spesa sostenuta per i medicinali e i materiali utilizzati durante il ricovero. I prezzi fatturati non possono in ogni caso superare quelli pubblicati annualmente dall'Informatore Farmaceutico;
- g) il 60% dei costi per eventuali endoprotesi, entro il limite massimo rimborsabile di € 5.000,00;
- h) il 60% della spesa sostenuta per prestazioni di diagnostica (di laboratorio o strumentale o per immagini).

Ente Mutuo, per i punti sopra indicati a), b), c), d), e), riconosce il rimborso nei limiti massimi dell'importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione e pubblicato sul "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9). Il ricovero per parto, viene riconosciuto purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

➤ **Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie convenzionate direttamente con Ente Mutuo.**

Gli assistiti delle forme di assistenza tipo C e D potranno accedere direttamente a queste strutture sanitarie, previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo alla struttura convenzionata prescelta.

Le spese sanitarie sostenute, con l'esclusione delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo etc. che saranno totalmente a carico dell'assistito, saranno saldate per il 20% dall'assistito mentre il restante 80% verrà saldato da Ente Mutuo.

In questo caso l'assistito è libero di recarsi presso la struttura sanitaria da lui prescelta tra quelle convenzionate e di scegliere l'équipe medica preferita tra quelle che hanno aderito alla convenzione.

Non è possibile scegliere solo una parte dell'équipe convenzionata.

In caso uno o più componenti dell'équipe non avessero accettato la convenzione, tutta l'équipe è considerata non convenzionata. L'Ente rimborsa in convenzione l'onorario previsto per l'équipe completa; per tale motivo l'assistito non può richiedere il rimborso in assistenza indiretta dell'onorario di un sanitario non facente parte dell'équipe chirurgica convenzionata.

Nel caso in cui l'assistito intenda avvalersi di un'équipe medica non convenzionata, ai fini del pagamento dovrà:

- saldare le spese extra in genere ed il 20% delle spese addebitate dalla struttura sanitaria (il residuo 80% è a carico dell'Ente);
- saldare il 100% delle spese addebitate dall'équipe medica e inoltrare all'Ente, oltre alla domanda di rimborso (allegato 3) la copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate che verranno rimborsate secondo il "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9 parte 1).

➤ **Passaggio di classe (differenza alberghiera).**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del servizio pubblico tranne che per il pagamento della differenza della retta di degenza, Ente Mutuo riconosce un importo giornaliero stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

In tal caso l'assistito dovrà presentare all'Ente, oltre alla domanda di rimborso (allegato 3), copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate.

➤ **Indennità economica – Ricovero o day hospital o day surgery effettuato in regime di SSN presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate, per cui Ente Mutuo non è gravato da alcun onere, è riconosciuta un'indennità economica giornaliera per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9). Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale o day hospital, ma con accesso-erogazione MAC o BOCA, non prevedono il riconoscimento dell'indennità economica.

L'indennità economica non viene riconosciuta in caso di esami pericovero.

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata. L'assistito dovrà far pervenire all'Ente, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

L'indennità economica, nei ricoveri per parto, viene riconosciuta purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

➤ **Contributo economico – Ricovero per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private.**

Nei casi di ricoveri per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o private, a seguito di intervento cardiologico a torace aperto e di protesi d'anca e di ginocchio, conformemente a quanto previsto nell'Art. 11 – punto 022 in luogo del rimborso per ricovero, è riconosciuto un contributo economico giornaliero per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4).

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata. L'assistito dovrà far pervenire all'Ente, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) copia della cartella clinica, che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante nonché le eventuali copie libere delle relative fatture quietanzate in caso di ricovero presso struttura sanitaria privata.

➤ **Chirurgia dermatologica – rimborso indiretto**

Per gli interventi che riguardano la chirurgia dermatologica in genere (fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti) e che necessitano dell'utilizzo di sala operatoria, effettuati presso strutture sanitarie pubbliche (reparto solventi) e private, è riconosciuta una partecipazione alla spesa per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione, fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4). Si precisa altresì che sono escluse dal rimborso tutte le applicazioni di carattere estetico.

L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), copia della cartella clinica, che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante o in mancanza di questa la descrizione dell'intervento corredata da copia libera delle fatture quietanzate accompagnate dal referto istologico.

■ **10.2.3) Per i soli iscritti alla forma Dplus**

➤ **Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie non convenzionate.**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery in Italia o all'estero (il ricovero all'estero necessita di autorizzazione preventiva rilasciata dall'Ente con l'eccezione degli interventi documentati di urgenza medica) presso strutture sanitarie pubbliche (reparto solventi) e private non convenzionate, è previsto il rimborso del 60% della spesa sostenuta, con l'esclusione delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo, etc. che saranno totalmente a carico dell'assistito.

Tale rimborso comunque non potrà essere inferiore all'importo previsto dal Nomenclatore tariffario, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

Per i ricoveri per l'espletamento del parto è previsto un rimborso massimo onnicomprensivo che sarà rispondente all'importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente (allegato 4).

Per ottenere il rimborso, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), l'assistito dovrà presentare all'Ente copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

Il ricovero per parto, viene riconosciuto purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

➤ **Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie convenzionate direttamente con Ente Mutuo.**

Gli assistiti della forma di assistenza tipo Dplus, previa autorizzazione scritta rilasciata da Ente Mutuo alla struttura stessa, potranno accedere direttamente alle strutture sanitarie convenzionate ed usufruire della équipe medica che ha aderito alla convenzione senza sostenere alcun onere, salvo il pagamento delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo, etc. che saranno totalmente a carico dell'assistito. Nel caso in cui l'assistito intenda avvalersi di un'équipe medica non convenzionata, dovrà saldare il 100% delle spese addebitate dall'équipe medica e successivamente inoltrare all'Ente, oltre alla domanda di rimborso (allegato 3), copia libera delle fatture relative quietanzate con specifica dettagliata delle singole voci di spesa e la copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

Le fatture verranno rimborsate nella misura del 60%, limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

Tale rimborso comunque non potrà essere inferiore all'importo previsto dal Nomenclatore tariffario, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Il ricovero per parto con équipe medico/chirurgica non convenzionata verrà considerato totalmente in forma indiretta.

➤ **Passaggio di classe (differenza alberghiera).**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del servizio pubblico, tranne che per il pagamento della differenza della retta di degenza, Ente Mutuo riconosce un importo giornaliero stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

In tal caso l'assistito dovrà presentare all'Ente, oltre alla domanda di rimborso (allegato 3), copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate.

➤ **Indennità economica – Ricovero o day hospital o day surgery effettuato in regime di SSN presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate, per cui Ente Mutuo non è gravato da alcun onere, è riconosciuta un'indennità economica giornaliera per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale o day hospital, ma con accesso-erogazione MAC o BOCA, non prevedono il riconoscimento dell'indennità economica.

L'indennità economica non viene riconosciuta in caso di esami prericovero.

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata. L'assistito dovrà far pervenire all'Ente, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

L'indennità economica, nei ricoveri per parto, viene riconosciuta purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

➤ **Contributo economico – Ricovero per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private.**

Nei casi di ricoveri per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o private, a seguito di intervento cardiologico a torace aperto e di protesi d'anca e di ginocchio, conformemente a quanto previsto nell'Art. 11 – punto 022 in luogo del rimborso per ricovero, è riconosciuto un contributo economico giornaliero per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4).

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata. L'assistito dovrà far pervenire all'Ente, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate in caso di ricovero presso struttura sanitaria privata.

➤ **Chirurgia dermatologica – rimborso indiretto**

Per gli interventi che riguardano la chirurgia dermatologica in genere (fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti) e che necessitano dell'utilizzo di sala operatoria, effettuati presso strutture sanitarie pubbliche (reparto solventi) e private, è riconosciuta una partecipazione alla spesa per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione, fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4). Si precisa altresì che sono escluse dal rimborso tutte le applicazioni di carattere estetico.

L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, o, in mancanza di questa, la descrizione dell'intervento corredata da copia libera delle fatture quietanzate accompagnate dal referto istologico.

■ **10.2.4) Interventi di chirurgia ambulatoriale (tipo C, D)**

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale presso strutture sanitarie non convenzionate, Ente Mutuo riconosce secondo il Nomenclatore tariffario:

- a) la spesa prevista in caso di intervento chirurgico per le prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista e dello strumentista/ferrista che deve intendersi comprensiva anche di tutta l'assistenza – visite ed altre prestazioni – prestata dall'équipe medico chirurgica; se gli interventi chirurgici sono diversi (più di uno), viene corrisposta la tariffa massima per l'intervento principale (o economicamente più oneroso), mentre per gli altri la tariffa viene ridotta del 50% (allegato 9 parte 1);

- b) la spesa prevista per i consulti medici richiesti e documentati in diario operatorio (allegato 9 parte 3);
- c) il costo per la sala operatoria che deve intendersi comprensivo anche del costo dei materiali, farmaci, anestetici, apparecchiature (allegato 9 parte 4);
- d) il 60% della spesa sostenuta per prestazioni di diagnostica (di laboratorio o strumentale o per immagini) preintervento o eseguite durante l'intervento e per altre prestazioni sanitarie documentate in diario operatorio come ad esempio un esame istologico.

Per ottenere il rimborso, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) l'assistito dovrà presentare all'Ente copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante del diario operatorio o lettera di dimissione e, se presente, referto esame istologico. In caso di assistenza presso strutture sanitarie convenzionate, gli assistiti potranno accedere alle prestazioni previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo alla struttura convenzionata prescelta, sostenendo un costo pari al 20% dell'importo complessivo della spesa; il restante 80% verrà saldato da Ente Mutuo.

■ 10.2.5) Interventi di chirurgia ambulatoriale (tipo Dplus)

In caso di intervento di chirurgia ambulatoriale presso strutture sanitarie non convenzionate, Ente Mutuo prevede, in caso di assistenza indiretta, una contribuzione pari al 60% della spesa sostenuta con l'esclusione dell'imposta di bollo e delle spese extra in genere che saranno totalmente a carico dell'assistito e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9 parte 1).

Tale rimborso comunque non potrà essere inferiore all'importo previsto dal Nomenclatore tariffario, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Per ottenere il rimborso oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), l'assistito dovrà presentare all'Ente copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante del diario operatorio o lettera di dimissione e, se presente, referto esame istologico. In caso di assistenza diretta, presso strutture sanitarie convenzionate con Ente Mutuo, la spesa è totalmente a carico dell'Ente, previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo alla struttura convenzionata prescelta, con l'esclusione delle spese extra in genere che saranno totalmente a carico dell'assistito.

■ 10.2.6) Interventi per vizi di rifrazione (tipo D, Dplus)

Gli interventi per vizi di rifrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo) effettuati con tecnica operatoria di tipo PRK, LASEK e LASIK sono previsti solamente nelle strutture sanitarie convenzionate e con una partecipazione alla spesa da parte dell'assistito del 50% dell'importo complessivo convenzionato.

■ 10.2.7) Terapia medica oncologica (tipo C, D e Dplus)

Gli assistiti che devono effettuare trattamenti di terapia medica oncologica in ricovero o in day hospital per chemioterapia antitumorale, immunoterapia, ormonoterapia, potranno accedere direttamente alle strutture sanitarie convenzionate, previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo, sostenendo un costo pari al 60% dell'importo complessivo della spesa, con l'esclusione delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo, etc. che saranno totalmente a carico dell'assistito.

In caso di assistenza indiretta, sarà riconosciuto un rimborso pari al 40% della spesa sostenuta, con l'esclusione delle spese extra in genere.

Per ottenere il rimborso, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), l'assistito dovrà presentare all'Ente copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale o day hospital, ma con accesso erogazione MAC o BOCA, non prevedono il riconoscimento dell'indennità economica.

Le prestazioni di radioterapia ambulatoriale non sono previste.

■ 10.3) Altri Contributi

Gli altri contributi di seguito elencati devono essere richiesti presentando ad Ente Mutuo l'apposito modulo (allegato 1) unitamente alla documentazione prevista dall'allegato 4.

■ 10.3.1) Contributo di natalità (tipo B)

In caso di nascita di figlio di soggetto assistibile, viene corrisposto un contributo straordinario nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4); la liquidazione avviene purché il neonato venga iscritto ad Ente Mutuo entro 30 giorni dalla nascita e che almeno uno dei due genitori sia iscritto ad Ente Mutuo.

Il contributo di natalità non è cumulabile con le spese ospedaliere di cui all'Art. 10.2.1; è riconosciuto il maggior importo a vantaggio dell'assistito.

■ 10.3.2) Trasporto con autoambulanza (tipo B, D e Dplus)

Le spese relative al trasporto con autoambulanza vengono riconosciute nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione e soltanto due volte l'anno presentando la copia della ricevuta della spesa effettivamente sostenuta (allegato 4).

■ 10.3.3) Lenti correttive della vista (tipo B, D e Dplus)

Nel caso di lenti correttive della vista (occhiali o lenti a contatto), prescritte dal medico oculista o dall'ottico optometrista, è riconosciuto il rimborso delle lenti fino al massimale fissato per ogni iscritto dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4). Il rimborso nella misura sopra indicata potrà nuovamente essere corrisposto dopo un biennio dall'ultimo acquisto.

■ 10.3.4) Cure ortodontiche (tipo B, D e Dplus)

Il trattamento ortodontico, mediante applicazione di apparecchi atti a correggere malformazioni dentarie, è riconosciuto in forma indiretta agli assistiti di età non superiore ai 16 (sedici) anni. Il concorso alle relative spese è fissato dal Consiglio di Amministrazione per ogni anno di cura e per il periodo massimo di due anni (allegato 4).

La richiesta di rimborso deve essere inoltrata al termine di ciascun anno di cura allegando i seguenti documenti:

- il certificato dell'odontoiatra attestante il tipo di malformazione ed il periodo di cura;
- copia libera della fattura quietanzata.

Non sono rimborsabili le visite ed i controlli ortodontici.

Il ticket pagato al Sistema Sanitario Regionale per il trattamento ortodontico è considerato, ai soli fini del rimborso, come una fattura per prestazioni di ortodonzia presso strutture sanitarie private.

■ 10.3.5) Check-up (tipo Dplus)

È riconosciuto dall'Ente esclusivamente in forma diretta ogni due anni dalla data dell'ultima erogazione, presso le strutture sanitarie convenzionate, con una quota a carico* dell'assistito del 20% della spesa, mentre l'80% è a carico di Ente Mutuo e non grava sul massimale (allegato 10). L'erogazione di un tipo di check-up esclude ogni altro.

Per ottenere la prestazione l'assistito deve presentare una prescrizione medica con richiesta di check-up (non occorre la diagnosi trattandosi di medicina preventiva) a Ente Mutuo che rilascerà apposita autorizzazione.

* quota a carico: importo che l'iscritto verserà direttamente alla struttura prescelta. Tale struttura provvederà all'emissione della relativa fattura.

■ 10.3.6) Ticket (tipo B, D e Dplus)

Qualora il Socio si avvalga di strutture pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, Ente Mutuo, fatto salvo quanto disposto dall'Art. 11 e dall'ultimo comma del presente articolo, a presentazione della spesa sostenuta, rimborserà integralmente il costo del ticket, escluse imposta di bollo e quota addizionale regionale, o quota fissa per ricetta, o diritti similari che resteranno a carico del Socio, purché la prestazione effettuata sia ben individuabile nel documento di spesa e sia allegata la fotocopia dell'impegnativa rilasciata dal Servizio Sanitario Regionale riportante la diagnosi e, se presente, referto esame istologico. In caso di esenzione dal pagamento ticket, ai sensi delle disposizioni normative vigenti, nulla è dovuto.

I ticket pagati per le prestazioni di laboratorio eseguiti presso le medesime strutture, saranno rimborsati integralmente escluse imposta di bollo e quota addizionale regionale o quota fissa per ricetta, o diritti similari che resteranno a carico del Socio e non graveranno sul massimale annuo di spesa. Per i ticket ortodontici si fa riferimento all'Art. 10.3.4 del presente Regolamento. Ente Mutuo, limitatamente alla sola forma di assistenza B, non rimborserà il costo dei ticket relativi a prestazioni sanitarie erogate in regime di: Day Hospital, Day Surgery, Ricoveri Ordinari, Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC), BOCA, Chirurgia Ambulatoriale.

■ 10.3.7) Ticket: *MAC, **BOCA e Chirurgia Ambulatoriale (tipo C)

Qualora il Socio si avvalga di strutture pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, Ente Mutuo, salvo le esclusioni previste dall'Art. 11, a presentazione della spesa sostenuta, rimborserà integralmente il costo del ticket, escluse imposta di bollo e quota addizionale regionale o quota fissa per ricetta, o diritti similari che resteranno a carico del Socio, purché la prestazione effettuata sia ben individuabile nel documento di spesa e sia allegata la fotocopia dell'impegnativa rilasciata dal Servizio Sanitario Regionale riportante la diagnosi e, se presente, referto esame istologico. In caso di esenzione dal ticket, ai sensi delle disposizioni normative vigenti, nulla è dovuto.

* Macro attività ambulatoriale complessa, ** Macro attività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale.

ART. 11 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI**L'assistenza è espressamente esclusa nei seguenti casi:**

- 001.** Prestazioni sanitarie di tipo sperimentale (protocolli di studio o terapie di qualsiasi tipo e, non ultimo, terapie non ancora approvate da AIFA).
- 002.** Infertilità e patologie ad essa correlate.
- 003.** Prestazioni sanitarie effettuate da medici, chirurghi od odontoiatri non abilitati all'esercizio dell'attività professionale o da altro personale sanitario non in regola con le disposizioni legislative vigenti.
- 004.** Acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici o terapeutici.
- 005.** Movimenti tellurici, guerre, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.
- 006.** Incidenti dovuti a radiazioni provocate artificialmente da particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.
- 007.** Malattie mentali (salvo casi clinici che necessitano di intervento chirurgico).
- 008.** Malattie, cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni e patologie preesistenti di cui si sia a conoscenza o meno all'atto dell'iscrizione o al momento della variazione di forma di assistenza anche in assenza di sintomatologia ; in merito alle patologie preesistenti, anche in assenza di sintomatologia, si specifica che sono escluse dall'assistenza tutte le prestazioni per i primi due anni successivi all'iscrizione, nonché al cambio di forma.
- 009.** Malattie sessualmente trasmissibili e patologie ad esse correlate.
- 010.** Per la protesi d'anca e di ginocchio, il diritto all'assistenza decorre dal quinto anno dalla data di iscrizione o dalla variazione della Forma di Assistenza.
- 011.** Forme croniche e recidivanti e patologie ad esse correlate.
- 012.** Forme congenite.
- 013.** Reinterventi chirurgici e patologie ad essi correlate.
- 014.** Interventi chirurgici di qualsiasi tipo che vengono eseguiti per finalità profilattiche.
- 015.** Prestazioni chirurgiche ripetute (ambulatoriali, day hospital, day surgery o ricovero) per la medesima patologia, non si riconoscono più di due rimborsi successivi.
- 016.** Il reimpianto/sostituzione di qualsivoglia tipo di protesi, è riconosciuto dal 4° (quarto) anno in poi, successivo al precedente impianto.
- 017.** Tutte le conseguenze delle patologie che sono derivate da abuso di alcool o di psicofarmaci o da un uso non terapeutico di stupefacenti e patologie ad esse correlate.
- 018.** Tutti gli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano un movente politico sociale a cui il Socio ha preso parte volontariamente.
- 019.** Tutti gli infortuni derivanti da azioni delittuose dell'Associato.
- 020.** Ricoveri presso strutture geriatriche, ricoveri lungo degenza.
- 021.** Ricoveri per cure convalescenziari, per patologie terminali e/o per cure palliative e terapie di supporto.
- 022.** Ricoveri per cure riabilitative: eccezion fatta per la riabilitazione cardiaca dopo interventi cardiologici a torace aperto e la riabilitazione dopo intervento di protesi d'anca e protesi di ginocchio (è riconosciuto un contributo economico giornaliero come previsto dall'Art. 10.2.2 e 10.2.3 solo per le forme C, D e Dplus).
- 023.** Ricoveri per riabilitazione alimentare riferita anche a obesità.
- 024.** Ricoveri per accertamenti diagnostici in qualsiasi regime.
- 025.** Ricoveri contrassegnati da infezioni ospedaliere.
- 026.** Ricoveri per interventi di odontoiatria.
- 027.** Tutte le applicazioni di carattere estetico e chirurgico/dermatologico salvo le neoformazioni benigne cutanee e non (fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti) e gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva nei casi resi necessari da malattia o infortunio. (vedi Art.10.2.2 e 10.2.3)
- 028.** Interventi chirurgici addominali che vengono eseguiti per finalità estetiche: addominoplastica, laparoccele, ernia ombelicale, etc...
- 029.** Interventi di correzione di cicatrici di qualsiasi tipo.
- 030.** Accertamenti e prestazioni di genetica e biologia molecolare non sono rimborsati, sia in regime di ricovero che ambulatoriale.
- 031.** Acquisto di farmaci.
- 032.** Assistenza infermieristica e ostetrica.
- 033.** Visite specialistiche per idoneità ad attività sportive o di tipo medico legale o per ottenimento licenze (caccia, pesca, rinnovo patente, etc...).
- 034.** Infortuni sul lavoro.
- 035.** Visite e trattamenti/sedute di consulenza psicologica.
- 036.** Patologie e ricoveri connessi e/o dipendenti da epidemie e pandemie di ogni genere e forma.
- 037.** Tutto quanto non espressamente indicato negli articoli 5-6-7-9-10.

ART. 12 - ULTERIORI RIMBORSI AMMISSIBILI

In casi eccezionali, le prestazioni sanitarie non indicate negli articoli precedenti potranno essere rimborsate da Ente Mutuo. Il rimborso di cui sopra è deciso dal Vice Presidente Delegato, in forza della delega conferita dal Consiglio di Amministrazione, nel rispetto del principio di mutualità che informa l'operato di Ente Mutuo.

ART. 13 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO B

Delle prestazioni indicate al precedente Art.10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:

- 10.1)** prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche, altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni odontoiatriche;
- 10.2.1)** partecipazione alla spesa per ricoveri ordinari o day hospital o day surgery;
- 10.3.1)** contributo di natalità;
- 10.3.2)** trasporto con autoambulanza;
- 10.3.3)** lenti correttive della vista;
- 10.3.4)** cure ortodontiche;
- 10.3.6)** ticket.

ART. 14 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO C

Delle prestazioni indicate al precedente Art.10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:

- 10.2.2)** ricoveri ospedalieri;
- 10.2.4)** interventi di chirurgia ambulatoriale;
- 10.2.7)** terapia medica oncologica;
- 10.3.7)** ticket: MAC, BOCA e chirurgia ambulatoriale.

ART. 15 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO D

Delle prestazioni indicate al precedente Art.10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:

- 10.1)** prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche, altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni odontoiatriche;
- 10.2.2)** ricoveri ospedalieri;
- 10.2.4)** interventi di chirurgia ambulatoriale;
- 10.2.6)** interventi per vizi di rifrazione;
- 10.2.7)** terapia medica oncologica;
- 10.3.2)** trasporto con autoambulanza;
- 10.3.3)** lenti correttive della vista;
- 10.3.4)** cure ortodontiche;
- 10.3.6)** ticket.

ART. 16 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO Dplus

Delle prestazioni indicate al precedente Art.10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:

- 10.1)** prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche, altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni odontoiatriche;
- 10.2.3)** ricoveri ospedalieri;
- 10.2.5)** interventi di chirurgia ambulatoriale;
- 10.2.6)** interventi per vizi di rifrazione;
- 10.2.7)** terapia medica oncologica;
- 10.3.2)** trasporto con autoambulanza;
- 10.3.3)** lenti correttive della vista;
- 10.3.4)** cure ortodontiche;
- 10.3.5)** check-up;
- 10.3.6)** ticket.

ART. 17 - DISPOSIZIONI FINALI

I documenti riguardanti le prestazioni sanitarie ottenute all'estero devono essere accompagnati dalla traduzione italiana per singola voce eseguita da professionista accreditato.

È facoltà di Ente Mutuo subordinare il rimborso alla presentazione da parte dell'assistito, che provvede a proprie spese, della traduzione asseverata del documento presentato.

In caso di importi in valuta straniera è necessario indicare anche il valore in Euro, secondo il tasso di cambio della valuta alla data di pagamento della fattura.

Le richieste di rimborso delle spese sostenute dagli assistiti e la richiesta di indennità economiche, corredate dalle relative documentazioni, debbono in ogni caso essere inoltrate all'Ente entro il termine di 120 (centoventi) giorni dalla data della fattura di saldo della prestazione o dal termine del ciclo di cura, ad esclusione delle prestazioni effettuate nell'ultimo trimestre dell'anno che dovranno essere presentate inderogabilmente entro il mese di gennaio dell'anno successivo, pena la decadenza del diritto al rimborso. Il rimborso viene effettuato da parte dell'Ente entro il giorno 10 dei mesi di marzo – maggio – luglio – novembre e la fine dei mesi di gennaio e settembre; per i documenti pervenuti entro il giorno 15 del mese precedente alla liquidazione, salvo impedimenti di carattere eccezionale.

Il rimborso è effettuato da parte di Ente Mutuo agli assistiti esclusivamente tramite bonifico bancario; non sono previste altre forme di pagamento.

In ogni caso di assistenza per infortunio, Ente Mutuo ha diritto all'azione di rivalsa verso terzi responsabili.

Al Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo è riservata la facoltà di stabilire di anno in anno l'ammontare dei rimborsi riconosciuti dall'Ente nelle varie forme e di modificare il presente Regolamento nelle parti relative al valore dei rimborsi, nonché alla normativa la cui pratica applicazione ne facesse insorgere la necessità, portando a conoscenza degli iscritti le decisioni assunte, tramite la pubblicazione sul sito dell'Ente www.entemutuomilano.it.

Qualora l'associato abbia contratto una polizza assicurativa idonea a coprire, anche parzialmente, i costi dell'evento sanitario cui si sottopone, Ente Mutuo non sarà obbligato al rimborso delle spese mediche coperte dall'assicurazione in essere. Ente Mutuo rimborserà, previo esame della documentazione fornita dall'associato e nei limiti del Nomenclatore tariffario vigente, l'eventuale differenza tra il costo delle prestazioni sanitarie di cui abbia fruito l'assistito e gli importi oggetto di liquidazione da parte della compagnia di assicurazione. L'associato, pertanto, al momento della presentazione della domanda di rimborso è tenuto a comunicare a Ente Mutuo eventuali rimborsi già erogati da coperture assicurative in essere e relative all'evento sanitario di cui si richiede il rimborso.

Copia dello Statuto, del Regolamento Attuativo e del presente Regolamento con i relativi allegati è a disposizione di tutti gli Assistiti presso la Sede di Ente Mutuo

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto.....

titolare della tessera n°

DICHIARA

di aver ricevuto copia del Regolamento delle forme di assistenza tipo B/C/D/Dplus di Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso in vigore dal 1° Gennaio 2021; dichiara di approvare e accettare espressamente, per sé e per i suoi familiari, agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del C.C. le sopra esposte disposizioni contenute negli articoli seguenti del Regolamento:

Art. 3 - Iscrizione; **Art. 4** - Contributi associativi o integrativi; **Art. 7** - Cessazione del diritto alle prestazioni; **Art. 10** - Prestazioni; **Art. 11** - Limiti delle prestazioni; **Art. 17** - Disposizioni finali.

Firma

Data / /



Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio
Società di Mutuo Soccorso

Supplemento al n° 6 di
Unione Informa
Giugno 2020 – Anno 26

Mensile d'informazione
di Confcommercio Imprese per l'Italia
Milano, Lodi, Monza e Brianza
www.confcommerciamilano.it

Proprietà
di Confcommercio Imprese per l'Italia
Milano, Lodi, Monza e Brianza
www.confcommerciamilano.it

Direttore Responsabile
Marco Barbieri

Editore
PROMO.TER Unione
Sede e amministrazione
C.so Venezia, 47/49 – 20121 Milano

Redazione
Federico Sozzani
C.so Venezia, 47/49 – 20121 Milano

Grafica
apotema+
via Perugino, 23
20093 Cologno Monzese (MI)
www.apotema.eu

Stampa
Ersergraf
Via C. Balbo, 2
20136 Milano

Autorizzazione Tribunale di Milano
N°190 del 23 Marzo 1996
Poste Italiane s.p.a. – spedizione in A.P.
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/04 n.46)
art.1, comma 1 DCB Milano
Una copia € 0,568

SALUTE E BENESSERE DEDICATI AGLI ASSOCIATI CONFCOMMERCIO IN LOMBARDIA

Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso, nasce nel 1955 nell'ambito dell'Unione Commercianti; non ha scopi di lucro e ha per oggetto l'assistenza sanitaria dei propri iscritti. Ente Mutuo è riservato agli Imprenditori e Professionisti iscritti alle Associazioni aderenti a Confcommercio Milano - Lodi - Monza e Brianza e alle altre Confcommercio della Lombardia. Nel dicembre del 2009 Ente Mutuo ha ottenuto la Certificazione di Qualità. Le attività svolte, i servizi offerti, le Strutture convenzionate nel corso di più di 60 anni sono aumentate a tal punto che oggi Ente Mutuo si pone a pieno merito tra le prime assistenze sanitarie integrative a livello nazionale.

I nostri punti di forza

- Fedele - assiste i Soci per tutta la vita
- Economico rispetto alla maggior parte delle assicurazioni sanitarie
- Esclusivo - riservato ai soci Confcommercio Lombardia
- Veloce - meno tempi d'attesa per visite, ricoveri o esami
- Detraibile fiscalmente

Le nostre proposte per la tutela della tua salute



Assistenza specialistica ambulatoriale ed altri contributi



Assistenza ospedaliera



Assistenza specialistica ambulatoriale; Assistenza ospedaliera ed altri contributi



Assistenza specialistica ambulatoriale; Assistenza ospedaliera più completa ed altri contributi



Formula semplice e veloce per accedere alle strutture convenzionate con agevolazioni per assistenza ambulatoriale



Formula semplice e veloce per accedere alle strutture convenzionate con agevolazioni per assistenza ambulatoriale e a un circuito odontoiatrico a tariffe agevolate

I nostri numeri

- 5 diverse formule di copertura
- 680 medici e strutture sanitarie convenzionate
- 25.000 iscritti
- 250.000 prestazioni erogate ogni anno

I nostri servizi

- Visite specialistiche
- Esami diagnostici
- Odontoiatria
- Terapia fisica
- Ricoveri in forma diretta e indiretta
- Rimborso ticket e altri contributi
- Assistenza 24 ore su 24

Possibilità di pagamenti rateali grazie a ProFamily

Le sedi

Milano - Corso Venezia, 49 - Salone Piano Terreno
Orario sportello: da lunedì a giovedì 8:30 - 16:30
venerdì 8:30 - 15:30

Numero di telefono unico: 02 7750950

Como - Via Ballarini, 12
Orario sportello: da lunedì a venerdì
9:00 - 12:30 / 14:00 - 17:00

Numero di telefono: 031 2441

Lecco - Piazza Garibaldi 4
Orario sportello: da lunedì a giovedì 8:30-12:30 / 14:00-18:00
venerdì 8:30-12:30 / 14:00-16:30

Numero di telefono: 0341 356911

Uffici distaccati di Milano:

Casa di Cura S. Camillo

Via Mauro Macchi, 5 - tel. 02 67071816
da lunedì a giovedì 8:00 - 12:30 / 13:00 - 16:30
venerdì 8:00 - 12:30 / 13:00 - 15:30

Centro Diagnostico Italiano

Via Saint Bon, 20 - tel. 02 48317592
da lunedì a giovedì 8:45 - 13:15 / 13:45 - 16:30
venerdì 8:45 - 13:15 / 13:45 - 15:30

Uffici provinciali presso le Associazioni Territoriali di Unione Confcommercio Imprese per l'Italia - Milano, Lodi, Monza e Brianza

Abbiategrosso - Via Annoni 14	tel. 02 94967383
Binasco - S.S. dei Giori 8	tel. 02 9055219
Bollate - Via degli Alpini 4	tel. 02 3502814
Bresso - Via Patellani 58/60	tel. 02 66501379
Cassano d'Adda - Via Verdi 5	tel. 0363 61503
Castano Primo - C.so San Rocco 1	tel. 0331 880691
Cernusco S/N - Piazza Repubblica 14	tel. 02 9230715
Cinisello Balsamo - Via Frova 34	tel. 02 66049259
Corsico - Via della Liberazione 26/28	tel. 02 4479582
Desio - Via Diaz 8	tel. 0362 624541
Gorgonzola - Piazza S. Francesco 2	tel. 02 9513320
Legnano - Via XX Settembre 12	tel. 0331 440335
Lissone - Via Madonna 13	tel. 039 482045
Magenta - Via Volta 62	tel. 02 97298074
Melegnano - Via Pertini 18/24	tel. 02 9830768

Melzo - Via Turati 6	tel. 02 9550084
Monza - Via De Amicis 9	tel. 039 360771
Paderno Dugnano - Via Fanti d'Italia 37	tel. 02 9181247
Rho - Via XXV Aprile 6	tel. 02 9303480
Rozzano - Via Mimose 63	tel. 02 8257653
Segrate, Fraz. Rovagnasco - Via Monzese 20	tel. 02 2134518
Seregno - Via Don Minzoni 2	tel. 0362 231234
Sesto S. Giovanni - Viale Marelli 5	tel. 02 2621679
Seveso - Corso Marconi 35	tel. 0362 506724
Vaprio d'Adda - Via Vanvitelli 32	tel. 02 90966402
Vimercate - Largo Pontida 3/9	tel. 039 6850839

Unione Confcommercio Lodi

Lodi - Via Haussmann 1/B tel. 0371 432106