

Società di Mutuo Soccorso



**REGOLAMENTO DEL
SUSSIDIO**

ELETTRA

Sezione 1: Introduzione

Il presente Regolamento individua le prestazioni previste in favore del socio.

Il Regolamento è redatto con l'intento di fornire ai soci uno strumento di consultazione rapido e una guida all'utilizzo del Sussidio. Vuole inoltre aiutare il socio e gli aventi diritto, all'utilizzo delle garanzie guidandoli dal momento della prima denuncia di un evento fino all'erogazione del sussidio. I dati riportati nel presente regolamento rappresentano i punti salienti delle forme di assistenza e costituiscono elemento vincolante, al fine della garanzia, eventualmente integrata dal testo di Convenzione separatamente sottoscritto. Il nostro obiettivo è di fornirle un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della sua collaborazione. All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il sussidio sottoscritto.

La Società di Mutuo Soccorso Mutua Iris Italia eroga la presente prestazione sanitaria sulla base di una o più convenzioni stipulate per accordi di mutualità mediata.

Per ulteriori informazioni ed eventuali chiarimenti, i Soci possono rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti di Mutua Iris Italia:

Mail: info@mutuairisitalia.org

Telefono Sede: 065500867

Sezione 2: Norme generali che regolano il Programma di Assistenza Sanitaria

Art. 1 - Persone Associate/ Assistite

Le prestazioni disciplinate dal presente regolamento sono prestate in favore dell'Associato/Assistito indicato nell'apposito modulo di adesione e sottoscrizione del sussidio. Se il sussidio è stato sottoscritto in convenzione con una persona giuridica gli Associati/Assistiti saranno coloro che compariranno nell'apposito elenco inviato a Mutua Iris Italia.

Art. 2 - Nucleo Familiare

Il Sussidio è valido per l'Associato nominativamente indicato nel modulo di adesione e, nei casi in cui ciò sia stato

espressamente previsto in fase di adesione al Sussidio, per i suoi familiari identificati al momento della sottoscrizione, per le garanzie che prevedano benefici per gli stessi. Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica il rispetto dei requisiti degli stessi per beneficiare degli eventuali Sussidi/Servizi. E' altresì necessario comunicare tempestivamente a Mutua Iris Italia eventuali modificazioni del nucleo familiare e/o eventuali sopravvenienze in corso di validità del Sussidio. Per nucleo familiare si intendono i coniugi o il convivente more uxorio, compresi i figli fino a 26 anni di età, quest'ultimi anche se non residenti. Viene altresì considerato nucleo familiare, ai sensi del presente regolamento, l'unione civile di due persone maggiorenni e capaci, anche dello stesso sesso, unite da reciproci vincoli affettivi che convivono stabilmente e si prestano assistenza e solidarietà materiale e morale, non legate da vincoli di matrimonio, parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno. L'esercizio dei diritti e delle facoltà previsti dal presente regolamento presuppongono l'attualità della convivenza.

Art. 3 - Validità del Sussidio in

Convenzione Qualora il presente Sussidio ed il relativo contributo aggiuntivo operino in regime di Convenzione, la validità di quest'ultima costituisce *conditio sine qua non* della validità del Sussidio stesso.

Pertanto la cessazione, per qualsiasi ragione, della Convenzione sottostante, determinerà automaticamente la cessazione del presente sussidio alla sua prima scadenza annuale.

Art. 4 - Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

Le coperture previste dal sussidio hanno effetto dalle ore 24:00 del giorno di iscrizione al libro dei soci della Mutua Iris Italia, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento, se successivo a tale data. Se l'Associato non paga la prima rata di contributo o

le rate successive, la prestazione prevista dal sussidio resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso giorno e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento delle rate insolute, ferme le successive scadenze.

Art. 5 – Comunicazioni, modifiche, aggravamento del rischio

Le eventuali comunicazioni inerenti il rapporto tra le parti devono avvenire in forma scritta.

L'Associato deve dare immediatamente comunicazione scritta di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso.

Gli aggravamenti dei rischi non noti a Mutua Iris Italia possono comportare la perdita parziale o totale del diritto al pagamento della somma dovuta in caso di evento indennizzabile.

Art. 6 - Persone non garantite

I. Non possono essere garantite dal Sussidio le persone affette da dipendenza di sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero positività da H.I.V., nonché le persone affette dalle seguenti infermità: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali, salvo i casi espressamente derogati dal presente Sussidio. L'insorgenza di tali affezioni non permette il rinnovo del medesimo sussidio nella annualità successiva.

II. Inoltre possono sottoscrivere il Sussidio le persone che, alla data di inserimento in garanzia, non abbiano compiuto il 60° (sessantesimo) anno di età. In ogni caso il Sussidio decade al compimento del 75° anno di età. Il limite di età entro cui si è garantiti dalle prestazioni di assistenza può variare in base a quanto espressamente previsto all'interno di ogni singola garanzia.

Art. 7 – Massimali

Tutti i massimali nonché i sub limiti menzionati nel presente regolamento sono da intendersi per Assistito e per anno di validità del Sussidio, per

famiglia in caso di sottoscrizione del Sussidio in Formula Nucleo, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

Art. 8 - Foro Competente

Foro esclusivamente competente è quello di Roma.

Art.9 - Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto Mutua Iris Italia ed il Regolamento Applicativo dello Statuto in vigore.

Art. 10 – Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 4 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le garanzie decorrono:

- per gli infortuni e l'aborto post-traumatico, dalle ore 24 del giorno di effetto del Sussidio;
- per le malattie improvvise insorte dopo il 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio;
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla data di effetto del sussidio dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto il sussidio;
- per il parto dal 300° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio.

Sezione 3: Norme generali che regolano il sussidio

Art. 11 – Esclusioni

Sono escluse dalla copertura prevista dal sussidio e da ogni rimborso e/o pagamento:

- le prestazioni non corredate da diagnosi.
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo nonché i vaccini.
- la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. N. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni.
- suicidio e tentato suicidio.
- conseguenze dirette e/o recidive di infortuni, difetti fisici, malformazioni, stati patologici e malattie, già manifestate, diagnosticate, curate e comunque note all' Associato alla sottoscrizione del Sussidio (o nel caso di successive variazioni,

anteriormente alla stipulazione della relativa appendice. Altresì in caso di sostituzione di prestazioni precedentemente ricomprese nella garanzia sono escluse per le persone e le garanzie introdotte nonché per la parte di somme associate eccedenti quelle già in corso).

-infortuni o malattie derivanti da dolo dell'Associato.

-infortuni o malattie dovute a mancato ricorso intenzionale a cure mediche.

-le malattie e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o paranoidi, anoressia, bulimia, ecc.

-le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio indennizzabile, purché effettuate nel 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del sussidio;

-le prestazioni e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali quelle omeopatiche, fitoterapiche, agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;

-le prestazioni per cure dietetiche e termali, salvo espressamente derogato;

-le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità, fecondazione assistita e simili, impotenza, salvo espressamente derogato;

-l'aborto volontario non terapeutico;

-day hospital e ricoveri con finalità diagnostica e di check-up;

-le prestazioni sanitarie e le cure odontoiatriche ed ortodontiche, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione dell'accordo, salvo che espressamente previste nel presente regolamento (oltre che nella relativa scheda tecnica) e con esclusione in ogni caso di protesi dentarie;

-gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;

-gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo

terapeutico; infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;

-le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;

-gli infortuni conseguenti alla pratica di:

- Sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti) o comunque remunerato in modo diretto e/o indiretto;
- Sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio).
- Sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;
- Immersioni subacquee con o senza autorespiratore (qualora l'Associato non sia in possesso di idoneo brevetto di attività subacquea), equitazione, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, speleologia, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing) pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee-jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani dei fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, kite surfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista.

-gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;

-gli infortuni occorsi durante la guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Associato;

-gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'Associato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Associato che guidi con patente scaduta e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento dell'evento, dei requisiti per il rinnovo;

-gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;

-gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto, alla guida di mezzi di locomozione aerei;

-le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;

-le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni;

-la garanzia vale invece per gli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata e non, e di insurrezione popolare, per il periodo massimo di

14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se e in quanto l'Associato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato diverso dalla Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano, sino ad allora in pace;

-le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, salvo che l'Associato sia rimasto vittima di tali eventi all'estero;

-infortuni o malattie che si siano verificate durante la detenzione dell'Associato in prigione;

-le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate.

Ricoveri causati dalla necessità dell'associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento.

Art. 12 - Rinuncia all'azione di

surroga Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, Mutua Iris Italia rinuncia al diritto di surroga verso i terzi responsabili.

Art. 13 - Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Assistito sia beneficiario di più Sussidi che prevedano, in tutto o in parte, le medesime garanzie, Mutua Iris Italia provvede al rimborso/indennizzo di spese e/o indennità, del maggior importo dovuto a Mutua Iris Italia per uno solo dei Sussidi sottoscritti per la specifica garanzia.

Art. 14- Limiti territoriali

Le garanzie del Sussidio, nei limiti stabiliti dal presente regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. In ogni caso, i rimborsi e gli indennizzi spettanti saranno erogati in valuta avente corso legale in Italia.

Art. 15- Durata del Sussidio e tacito

rinnovo Il Sussidio sottoscritto ha durata di un anno, a decorrere dal giorno di cui al precedente art. 4. In mancanza di comunicazione di disdetta, ricevuta mediante lettera raccomandata spedita almeno

60 giorni prima della scadenza, la garanzia sarà automaticamente rinnovata per un altro anno e così successivamente, a fronte del relativo pagamento del contributo associativo.

Art 16 - Dichiarazione di buono stato di salute per sé e per i propri familiari

Con la sottoscrizione della domanda di adesione a Mutua Iris Italia e del Sussidio scelto, l'interessato accetta tutte le norme e le esclusioni disciplinate all'interno del presente regolamento e dichiara per se e per i familiari:

- di essere in buono stato di salute ovvero di non essere affetto da lesioni gravi o malattie che necessitino di trattamento medico regolare e continuato;
- di non aver mai sofferto di alcuna delle seguenti malattie gravi: neoplasie maligne, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato

respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche, malattie dell'apparato genitourinario, malattie dell'apparato riproduttivo, malattie dell'apparato uditivo, malattie della vista, malattie del sistema endocrino, sieropositività per HIV, connettiviti sistemiche e vasculiti gravi su base immunologia, malattie genetiche, obesità;

- di non essere mai stato ricoverato in case di cura ed ospedali per le suddette.

Sezione 4: Garanzie Ospedaliere

4.1 - Ricoveri con o senza intervento chirurgico (compreso Day Hospital e Day Surgery)

In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risultino compresi nei termini del Sussidio sottoscritto, si provvede a rimborsare le spese inerenti la malattia e/o infortunio sostenute **nei 90 giorni precedenti il ricovero per:**

- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche.

Si provvede inoltre al rimborso delle spese sostenute **durante il ricovero per:**

- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- medicinali ed esami;
- assistenza medica e infermieristica;
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza.

Si provvede infine al rimborso delle spese sostenute **nei 90 giorni successivi al ricovero per:**

- esami diagnostici e visite specialistiche;
- prestazioni mediche;
- trattamenti fisioterapici;
- medicinali (con prescrizione medica);
- cure termali (escluse spese alberghiere).

- **Nessuna quota di spesa a carico**

dell'Associato verrà applicata nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, fossero effettuate nell'ambito dei Centri Convenzionati con la Centrale Salute.

- **Nei casi in cui le prestazioni suddette siano effettuate in Centri non convenzionati con la Centrale Salute, resta a carico dell'associato la quota del 10%, con un minimo non rimborsabile di € 1.500,00 e un**

massimo di € 3.000,00 per evento.

- **Qualora le prestazioni per ricoveri fossero rese in Centri Convenzionati, ma da medici non Convenzionati, per questi ultimi si applicheranno le quote di spesa sopra indicate per i Centri non Convenzionati.**

4.2- Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il massimale annuo erogabile di sussidi per il complesso degli eventi indicati nel presente regolamento è pari alla somma complessiva di € 60.000,00 per persona se è compreso il solo associato titolare (Formula single) o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la Formula Nucleo. Il massimale annuo rimborsabile viene elevato fino alla concorrenza dell'importo pari ad euro 120.000,00 in caso di Grande intervento Chirurgico, per persona se è compreso il solo associato titolare (Formula single) o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la Formula Nucleo.

3. - Altri interventi chirurgici

fino ad un massimo complessivo per annualità di € 4.000,00.

- c) **Interventi ambulatoriali** qualsiasi altro intervento (laser, crioterapia, etc.) effettuato al di fuori di un istituto di cura, da personale medico, fino ad un limite di € 1.000,00 per annualità.
- d) **Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser ad eccimeri** limitatamente a quelli effettuati:
 - in caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
 - in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio nel limite di € 1.000,00 per occhio.

4. – Degenza sostitutiva

L'Associato nel caso in cui debba essere ricoverato in strutture del Servizio Sanitario Nazionale in conseguenza di malattia, infortunio o parto, rimborsabili secondo il presente Regolamento, può chiedere in sostituzione integrale del rimborso delle spese previste il pagamento di una somma giornaliera di € 60,00 per ogni giorno di ricovero e

compresi Fermo restando il disposto dell'art. 11, Mutua Iris Italia provvede al rimborso delle spese per le prestazioni di seguito indicate, senza applicazione di quote di spesa a carico dell'Associato ed entro i sotto limiti, sia che siano effettuate in strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Salute che non convenzionate:

a) Parto naturale

In caso di parto naturale, che risulti rimborsabile in base ai termini del presente Regolamento, si provvede al rimborso entro il limite di € 2.000,00 annui delle seguenti spese inerenti il parto:

- onorari del chirurgo, dell'assistente, dell'anestesia e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, medicinali ed esami relativamente al periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- esami clinici e strumentale ritenuti necessari dai medici per il neonato, nel periodo di permanenza nell'istituto di cura, successivamente al parto.

b) Parto Cesareo e aborto terapeutico

Ricoveri o Interventi in regime di Day Hospital,

per la durata massima di 100 giorni per annualità.

Il rimborso dovuto nei termini di quanto sopra, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione.

5. – Grandi Interventi Chirurgici

In caso di ricovero, per grande intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risulti compreso nei termini del presente Sussidio sottoscritto, si provvede a rimborsare le spese inerenti la malattia e/o infortunio sostenute **nei 90 giorni precedenti il ricovero per:**

- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche.

Mutua Iris Italia, altresì, provvede al rimborso per le spese sostenute **durante il ricovero per:**

- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- medicinali ed esami;
- assistenza medica ed infermieristica;

- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- Rette di degenza.

Si provvede inoltre al rimborso delle spese sostenute **nei 90 giorni successivi al ricovero** per:

- esami diagnostici e visite specialistiche;
 - prestazioni mediche;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 - medicinali (con prescrizione medica);
 - cure termali (escluse spese alberghiere).
- **Nessuna quota di spesa a carico dell'Associato verrà applicata nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, fossero effettuate nell'ambito dei Centri Convenzionati con la Centrale Salute.**
 - **Nei casi in cui le prestazioni suddette siano effettuate in Centri non convenzionati con la Centrale Salute,** resta a carico dell'associato la quota del 10%, con un minimo non rimborsabile di € 1.500,00 ed un

- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore

Chirurgia Cardiovascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni
- Meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Neurotomia retrogasseriana o sezione

massimo di € 3.000,00 per evento.

- **Qualora le prestazioni per ricoveri fossero rese in Centri Convenzionati, ma da medici non Convenzionati, per questi ultimi si applicheranno le quote di spesa sopra indicate per i Centri non Convenzionati.**

4.6- Grandi interventi chirurgici (prestazioni)

Mutua Iris Italia, entro il massimale annuo di precedentemente indicato, in caso di malattia o di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Regolamento, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'associato per i seguenti interventi chirurgici:

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
- Sostituzione valvolare multipla
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)

intracranica di altri nervi

- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari

Chirurgia Toracica

- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi sul mediastino per tumori
- Asportazione totale del timo
- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia

- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni
- Laringectomia totale, laringofaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
- Surrenalectomia

Trapianto di organi

- Tutti.

7. - Spese extra ospedaliere di alta diagnostica

I. Si provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra- ospedaliere:

- Amniocentesi
- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Artografia
- Broncografia

- Broncoscopia
- Chemioterapia
- Cistografia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Diagnostica radiologica
- Dialisi
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Ecografia
- EGDS (esofagoscopia + gastroscopia + duodenoscopia)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Flebografia
- Gastroscopia
- Laser terapia
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare RMN
- Scintigrafia
- Telecuore
- Tomografia Ass.le Completa TAC
- Urografia

II. Mutua Iris Italia, entro il sub limite annuo di seguito indicato, in caso di malattia o di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Regolamento, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede a rimborsare all'associato le spese per accertamenti diagnostici effettuati dallo stesso fino ad un massimo di € 2.000,00 per anno, con applicazione di una quota a carico dell'Associato pari al 20% e un minimo non rimborsabile di € 50,00.

III. Sono escluse dalle spese rimborsabili previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e

ortodontici.

8. - Visite ed accertamenti

Mutua Iris Italia, entro il sotto limite annuo di seguito indicato, in caso di malattia o di infortunio, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede a rimborsare all'Associato le spese per visite mediche specialistiche effettuate dallo stesso, per un massimo di € 1.000,00 per anno, con applicazione di una quota a carico dell'Associato pari al 20% e un minimo non rimborsabile di € 50,00. Sono escluse dalle spese rimborsabili previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

9. – Ticket S.S.N.

Le prestazioni di cui ai punti 4.7 e 4.8 svolte in regime di S.S.N., vengono rimborsate al 100% senza nessuna quota a carico dell'associato, entro il limite massimo di € 500,00 per anno e per nucleo.

10. – Accesso al Network

Odontoiatrico Per tutta la durata del presente sussidio, l'Associato potrà usufruire, per tutti i casi non coperti dalla presente copertura, delle tariffe convenzionate presso il network odontoiatrico messo a disposizione da Mutua Iris Italia e/o dalla Centrale Salute.

Per avere diritto alla tariffa convenzionata, con sconti sulle possibili prestazioni fino al 40 %, l'Associato dovrà preventivamente richiedere l'autorizzazione contattando la centrale salute al numero verde dedicato di cui al successivo Art. 6.1.

11. - Cure Odontoiatriche da infortunio

Mutua Iris Italia rimborsa all'Associato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche (escluse quelle ortodontiche), a seguito di infortunio nella modalità del rimborso indiretto. La documentazione sanitaria necessaria, al fine di ottenere i rimborsi spettanti, consiste in radiografie, referti radiologici, referto di Pronto Soccorso, oltre a tutta la documentazione

necessaria prevista al successivo punto 6.2. Mutua Iris Italia rimborsa l'associato per la presente garanzia entro il massimo di € 1.000,00 per anno e per nucleo, con applicazione di una quota a carico dello stesso pari al 20%, con un minimo non rimborsabile di € 50,00.

4.12- Altre Garanzie

• Assistenza Superstiti

Mutua Iris Italia entro il limite annuo di seguito indicato, in caso di decesso del sottoscrittore del Sussidio, provvede al rimborso delle spese funerarie, di seguito elencate, sostenute dai familiari superstiti, per un importo massimo di euro 1.000,00.

La Mutua provvederà al rimborso delle seguenti spese:

- Decorazione dei locali rivelazione per le
- Composizioni floreali
- Celebrazione del servizio religioso da un ministro di culto
- Preparazione del corpo
- Costi della bara
- Trasferimenti dal luogo della veglia funebre al cimitero
- Cremazione.

• Assistenza Long Term Care

Il Sussidio relativo alle cure denominate "Long Term Care" si attiva in relazione all'insorgenza di eventi imprevedibili ed invalidanti dell'Associato contraente, derivanti sia da infortunio che da malattia, tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Associato non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana. È considerata non autosufficiente la persona che venga a trovarsi nell'impossibilità fisica, clinicamente accertata, di poter compiere almeno 4 delle 6 delle seguenti attività:

- **Lavarsi:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo.

Ciò implica che l'Associato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni;

- **Vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti.

Ciò implica che l'Associato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; a capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante.

- **Nutrirsi:** Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi;

Ciò implica che l'Associato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo.

- **Mobilità:** Capacità di muoversi all'interno della casa su superfici piane.

Ciò implica che l'Associato è in grado di muoversi eventualmente con l'aiuto di una stampella, una sedia a rotelle, ecc.;

- **Continenza:** Capacità di controllare le funzioni corporali cioè espletarle mantenendo un sufficiente livello di igiene, senza l'aiuto di una terza persona.

Ciò significa che l'Associato è in grado di gestire i suoi bisogni in maniera autonoma; questa definizione però non comprende la continenza urinaria totale (una leggera incontinenza urinaria è comune nelle persone anziane);

- **Spostarsi:** Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.

Un comitato medico incaricato da Mutua Iris Italia valuterà lo stato dell'Assistito in base alla richiesta dello stesso, corredata di tutta la documentazione necessaria:

- modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla sezione personale del sito di Mutua Iris Italia o richiedibile alla Centrale Salute);

- certificato del medico curante con indicazione dell'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi (scaricabile dalla sezione personale del sito di Mutua Iris Italia o richiedibile alla Centrale Salute) compilata dal medico curante oltre a:

- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;

- documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici) utile alla valutazione del quadro clinico;

- ogni altro documento che fosse necessario per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

L'Associato deve fornire tutte le informazioni relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese, dando modo al Comitato Medico di Mutua Iris Italia di esaminare e valutare tempestivamente la documentazione ricevuta e comunque entro 180 giorni dal ricevimento della stessa. L'accertamento con esito positivo di una non autosufficienza permanente dà diritto all'Associato (in deroga all'art.7 – massimali) al riconoscimento in un'unica soluzione dell'intera prestazione prevista dal sussidio prescelto fino ad un massimo di euro 20.000,00. L'Associato potrà beneficiare della presente garanzia una sola volta dalla sottoscrizione del sussidio anche in presenza di successivi rinnovi. L'accertamento con esito positivo di una non autosufficienza temporanea dà diritto all'Associato (in deroga all'art.7 – massimali) al riconoscimento in una o più soluzioni della prestazione prevista dal sussidio prescelto fino ad un massimo di euro 20.000,00, consistente nel rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali, sostenute e da sostenere debitamente documentate e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza. Mutua Iris Italia si riserva la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Associato non autosufficiente e in caso di recupero dello stato di autosufficienza comunicherà allo stesso la sospensione del sussidio dal momento dell'accertamento. In questo caso resterà nella disponibilità dell'Associato la parte residuale non goduta per altri eventi che si verificassero nel corso di validità del sussidio, qualora non fosse stato raggiunto il limite massimo della prestazione prevista.

Il rifiuto da parte dell'Assistito di sottoporsi ad accertamenti sanitari di revisione e/o di fornire documentazione comprovante il persistere dello stato di non autosufficienza comporta di fatto la revoca del rimborso con effetto immediato.

Il solo Associato titolare della prestazione potrà beneficiare della presente garanzia fino al compimento del 70° anno di età.

Sezione 5: Servizi della Centrale Salute

• Consulenza medica telefonica H24

Qualora l'Associato necessiti di valutare il proprio stato di salute, potrà contattare 24h24 i medici della Centrale Salute al numero **800.024.886** e chiedere un consulto telefonico. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

• Ricerca e prenotazione centri ospedalieri

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Associato debba sottoporsi ad intervento chirurgico, potrà telefonare alla Centrale Operativa, che previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente ed accertata la necessità della prestazione, provvederà ad individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, un centro ospedaliero attrezzato per l'intervento in Italia e all'estero. La prestazione viene fornita dalle ore 9.00 alle ore

1. dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi.

• Ricerca e prenotazione visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi ematochimiche in Italia

Qualora l'Associato a seguito di un infortunio o malattia, debba sottoporsi a visita specialistica e ad un accertamento diagnostico o analisi ematochimiche, potrà telefonare alla Centrale operativa che, sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, la visita specialistica e l'accertamento diagnostico o il centro di analisi ematochimiche, in accordo con l'Associato.

• Trasferimento in centro ospedaliero in Italia

Qualora l'Associato, a seguito di infortunio o malattia, risultasse affetto da una patologia che per caratteristiche obiettive venisse ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'Associato ed i medici di cui sopra, previa analisi del quadro clinico dell'Associato d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il trasferimento dello stesso in un Centro Ospedaliero adeguato

alla cura della patologia da cui è affetto, la Centrale Operativa provvederà:

- ad individuare e prenotare tenuto conto delle disponibilità esistenti, il Centro Ospedaliero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Associato;
- ad organizzare il trasporto dell'Associato in autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Centrale Operativa la ritenessero necessaria. Mutua Iris Italia terrà a proprio carico i relativi costi. La prestazione verrà fornita per l'improvvisa carenza dei soli strumenti clinici necessari ed idonei alla cura, giusta certificazione del Direttore Sanitario della struttura interessata.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della centrale Operativa possono essere curate nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di residenza.
- le infermità o le lesioni che non sono curabili nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza per deficienze strutturali e organizzative dell'Organizzazione Ospedaliera.
- tutti i casi in cui il trasporto implichi violazioni di norme sanitarie.

• **Rientro dal centro ospedaliero in Italia**

Qualora l'Associato successivamente alla prestazione "Trasferimento in un centro Ospedaliero in Italia", venisse dimesso dopo la degenza e necessitasse di rientrare al proprio domicilio, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il rientro dell'Associato con il mezzo che i medici della Centrale Operativa d'intesa con i medici curanti riterranno più idoneo alle condizioni dell'Associato:

- Il treno prima classe e occorrente il vagone letto;
- L'autoambulanza, (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto verrà organizzato interamente dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i

medici della Centrale Operativa la ritenessero necessaria.

• **Consegna esiti a domicilio**

Qualora l'Associato a seguito di malattia improvvisa o infortunio certificato dal proprio medico curante si è sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante. La Centrale Operativa a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

L'Associato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il recapito telefonico. Il costo degli accertamenti è a carico dell'Associato.

La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

• **Consegna medicinali urgenti a domicilio**

Qualora l'Associato, a seguito di prescrizione medica ha bisogno di medicine o articoli sanitari e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Associato, provvede alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali o degli articoli sanitari è a carico dell'Associato. L'Associato deve comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

• **Informazioni sanitarie**

Qualora l'Associato desiderasse ricevere le seguenti informazioni relative al paese nel quale intende recarsi:

- Vaccinazioni obbligatorie o consigliate
- Rischi sanitari e alimentari
- Precauzioni igienico-sanitarie

potrà contattare la Centrale Operativa che fornirà telefonicamente le informazioni richieste.

La prestazione è fornita dalle ore 09.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi.

- **Invio di un medico a domicilio, in Italia in casi di urgenza**

Qualora, successivamente ad una Consulenza Medica, emergesse la necessità che l'Associato debba sottoporsi ad una visita medica, la Centrale Operativa provvederà con spese a carico di Mutua Iris Italia, ad inviare al suo domicilio uno dei medici convenzionati con la stessa. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Associato in autoambulanza nel centro medico più vicino.

La prestazione è fornita dalle ore 20.00 alle ore

1. al lunedì al venerdì e 24 h su 24, il sabato la domenica e nei giorni festivi.

- **Invio di una autoambulanza a domicilio in Italia**

Qualora l'Associato, a seguito di infortunio e successivamente a seguito di una Consulenza Medica, necessitasse di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Associato al centro medico più vicino.

Mutua Iris Italia terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza massima di € 500,00 per anno con il limite di € 250,00 per sinistro.

- **Consulenza cardiologica**

Qualora l'Associato in caso di malattia o infortunio necessiti valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare direttamente o attraverso il medico che l'ha in cura, i medici cardiologi della Centrale Operativa. L'Associato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

- **Consulenza ginecologica**

Qualora l'Associato, in caso di malattia e infortunio non riesca a reperire il proprio ginecologo e necessiti di un collegamento telefonico urgente, potrà contattare

direttamente i medici della Centrale Operativa. L'Associato deve comunicare il motivo della sua richiesta ed il recapito telefonico

- **Consulenza geriatria**

Qualora l'Associato in caso di malattia o infortunio necessiti valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare direttamente o attraverso il medico che l'ha in cura i medici geriatri della Centrale Operativa.

L'Associato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

- **Consulenza odontoiatrica**

Qualora l'Associato in caso di malattia o infortunio non riesca a reperire il proprio odontoiatra e necessiti di un collegamento telefonico urgente, potrà contattare direttamente i medici della Centrale Operativa.

L'Associato deve comunicare il motivo della sua richiesta ed il recapito telefonico.

5.1 - Gestione appuntamento - presa in carico - info strutture - servizi

sanitari Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, l'assistito o chi per esso potrà prendere contatto con la Centrale Salute per comunicare il tipo di assistenza richiesto. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Salute, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto alle condizioni in vigore. La banca dati della rete di strutture sanitarie in rapporto di convenzione con la Centrale Salute, in tutta Italia e all'estero, è a disposizione dal Lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 per ogni informazione in merito a singole strutture convenzionate e loro ubicazione, prestazioni specialistiche, esami diagnostici, ricoveri ed onorari.

Sezione 6: Modalità di erogazione delle Prestazioni

6.1 - Centrale Salute

Per tutto il corso di validità del Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute di Mutua Iris Italia che è incaricata dalla Mutua Iris Italia di:

operare come Centrale Salute attraverso il **Numero Verde dedicato 800.024.886**, attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18,00 con orario continuato per:

- Informazioni generiche sulle prestazioni del Sussidio;
- Informazioni per accedere alle strutture convenzionate;
- Informazioni in merito alle corrette modalità di richiesta di rimborso delle spese sostenute;
- Informazioni sullo stato delle pratiche di rimborso dirette.

Sarà possibile quindi contattare e/o scrivere alla Centrale Salute per ricevere i servizi/prestazioni del presente Sussidio ai seguenti recapiti: **Numero Verde Nazionale: 800.024.886**
Numero dall'Estero (anche da utenze mobili):
+39 077768760

6.1.2 - Modalità erogazione prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Sussidio possono essere erogate in tre modalità differenti:

- 1) **Accesso alle prestazioni in forma diretta**
- 2) **Accesso alle prestazioni in forma indiretta**
- 3) **Accesso alle prestazioni in forma mista**

1) Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma diretta

E' riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario consultabile tramite il sito www.mutuairisitalia.org senza necessità di anticipare alcun importo, ad eccezione di quanto previsto nel presente regolamento. Tale procedura è prevista nel caso in cui sia la Struttura sanitaria che il medico scelto siano convenzionati con il nostro Network sanitario. La procedura di richiesta in forma diretta deve essere attivata almeno 3 giorni lavorativi prima delle cure previste, previa prenotazione presso la Centrale Operativa da parte dell'Assistito, il quale dovrà inviare l'apposito modulo di pagamento diretto, debitamente compilato in ogni sua parte, e disponibile sul sito

www.mutuairisitalia.org. Dovrà inoltre allegare copia dell'impegnativa medica indicante la diagnosi, secondo le modalità riportate sul modulo stesso. La conferma della autorizzazione a procedere con la prestazione in forma diretta verrà inviata dalla Centrale Salute all'Assistito mediante sms o e-mail. La procedura in forma diretta può essere attivata anche con Procedura On-line, compilando direttamente sul sito www.mutuairisitalia.org l'apposito format messo a disposizione ed allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi. Nel caso di prestazioni rese in forma diretta, l'Assistito delega la Centrale Salute a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dal Sussidio. Le prestazioni non sanitarie e comunque quelle non garantite dalla garanzia nonché le eventuali quote di spesa a carico dell'Assistito saranno invece direttamente pagate da quest'ultimo al centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica convenzionata sulla base delle relative fatture. L'Assistito deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra. Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'Assistito deve inoltre restituire alla Mutua Iris Italia gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie, che dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili.

2) Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma indiretta

Gli Assistiti potranno richiedere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute presso Strutture Non Convenzionate con la Centrale Salute, nei limiti e secondo le condizioni previste nel Sussidio di riferimento. La procedura di richiesta di rimborso in forma indiretta deve essere attivata entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità, inviando il modulo di Rimborso Spese Mediche debitamente compilato (e disponibile sul sito

www.mutuairisitalia.org) e allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi, copia delle fatture e dei relativi referti, secondo le modalità riportate sul modulo stesso.

Anche la richiesta in forma indiretta potrà essere presentata mediante compilazione del Modulo On-line sul sito www.mutuairisitalia.org allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi, copia delle fatture e dei relativi referti. Qualora necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l'integrazione della documentazione atta a verificare correttamente la rimborsabilità/ erogazione del contributo economico. Tutta la documentazione suddetta potrà essere inviata in copia e la Centrale Salute potrà, qualora ritenuto opportuno, richiedere l'invio della documentazione in originale. Le fatture e le ricevute inviate in originale verranno restituite all'Assistito successivamente alla definizione della pratica, previa apposizione da parte della Centrale Salute, del timbro di pagamento indicante l'importo rimborsato e la relativa data. In caso di infortunio, la denuncia dell'evento deve essere corredata dalla copia della cartella clinica di pronto soccorso o certificato equivalente di struttura pubblica e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

3) Prestazioni rese in forma mista

Tale caso è configurabile nel momento in cui la Struttura Sanitaria è convenzionata con la Centrale Salute, ma l'equipe medica no; La Centrale Operativa procederà con il così detto "pagamento misto", ossia verranno applicate i criteri e le modalità previste al precedente punto

1) per le prestazioni rese in forma diretta, e le modalità previste al precedente punto 2) per le prestazioni rese in forma indiretta.

2. - Documentazione da inviare per le richieste di rimborso

Ai moduli di richiesta va sempre allegata la seguente documentazione:

- Certificato medico attestante l'esistenza della patologia (Malattia);

- Copia del verbale di pronto soccorso o altro presidio ospedaliero attestante l'infortunio occorso con indicazione della data, luogo e modalità di accadimento;
- Copia della cartella clinica e/o di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'associato;
- Copia delle fatture relative alle spese sostenute, debitamente quietanzate nonché, per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-ricovero, prescrizione medica, scontrino parlante.