

Regolamento del Sussidio

AUXILIUM PLUS 2021

INDICE	PAGINA
SEZIONE 1.: GLOSSARIO	4
SEZIONE 2.: NORME GENERALI	10
SEZIONE 3.: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON SIA ESPRESSAMENTE DEROGATO)	15
Premessa	20
SEZIONE A.: BENESSERE E PREVENZIONE	20
Premessa	20
A.1. MONITORAGGIO SALUTE IN TELEMEDICINA – dal 3° anno di validità del Sussidio	20
A.2. VISITA NEUROLOGICA – dal 5° anno di validità del Sussidio	20
SEZIONE B.: INABILITA' ALLA FUNZIONE LAVORATIVA	21
B.1. INABILITÀ TEMPORANEA	21
B.2. INABILITÀ PERMANENTE	22
Precisazione	24
SEZIONE C.: NON AUTOSUFFICIENZA E ASSISTENZA	24
Premessa	24
C.1. NON AUTOSUFFICIENZA	24
SEZIONE D.: AREA OSPEDALIERA "SOCIO NON AUTOSUFFICIENTE"	29
D. RICOVERO CON INTERVENTO IN CASO DI GRAVI DIFFICOLTA' ECONOMICHE	29
SEZIONE E.: RIMBORSO SPESE AUSILI MEDICI	30
SEZIONE F.: SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA	31
SEZIONE G.: CONSULENZA	32
SEZIONE H.: CAREGIVER – SOSTEGNO E SALUTE	33
Premessa	33
H.1. SOSTEGNO PER CARE GIVER CHE ASSISTE IL PAZIENTE A DOMICILIO	33
H.2. SOSTEGNO AGGIUNTIVO IN CASO DI ASPETTATIVA NON RETRIBUITA DAL LAVORO PER ASSISTENZA DELL'ASSOCIATO	34
H.3. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	35
H.4. SOSTEGNO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	36
H.5. FORMAZIONE E TUTORING	36
SEZIONE I.: CAREGIVER – PARAMETRI ISEE	37
Premessa	37

I.1. SPESE SANITARIE – RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO.....	37
I.2. SOSTEGNO OSPEDALIERO – RICOVERO SSN.....	39
I.3. SPESE SANITARIE PER DIAGNOSTICA ED ALTA SPECIALIZZAZIONE	39
I.4. TICKET SSN PER ESAMI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE.....	40
SEZIONE L: ASSOCIATO TITOLARE CAREGIVER- DAL 3° ANNO DI VALIDITÀ DEL SUSSIDIO.....	41
Precisazione	41
SEZIONE M. SUSSIDIO DI STABILITA’.....	42
SEZIONE N.: SERVIZI	43
N.1. ASSISTENZA H24	43
SEZIONE O. EXIT DA AUXILIUM	44
ALLEGATO 1 – GRAVI EVENTI MORBOSI	46
ALLEGATO 2 – TABELLA DEI PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA	47
ALLEGATO 3 – ELENCO DEI “GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI”	50

SEZIONE 1.: GLOSSARIO

Anno

periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessanta sei in caso di anno bisestile.

Assistenza diretta

Modalità di erogazione del servizio in base al quale le prestazioni sono effettuate presso strutture sanitarie Convenzionate utilizzando personale medico Convenzionato, per il tramite di Health Assistance. In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Mutua Nazionale alle strutture e ai Medici Convenzionati. (escluse eventuali quote a carico del Socio). L'Assistenza diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla presa in carico (P.I.C.). L'elenco delle strutture Convenzionate è consultabile dal Socio nella propria area riservata.

Assistenza Indiretta

Modalità di erogazione del servizio in base alla quale, dietro presentazione di richiesta da parte del Socio, Mutua Nazionale rimborsa le spese mediche sostenute, nei termini previsti dal presente Piano Sanitario. È necessario allegare alla richiesta di Rimborso la documentazione medica e i documenti di spesa. Nel caso in cui la prestazione venga effettuata in una struttura sanitaria Convenzionata è necessario presentare il modulo di Accesso al Network per il proprio riconoscimento.

Associato

Persona fisica iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio dell'Unione Europea.

Attività professionale

Attività svolta professionalmente in maniera costante e sistematica, non meramente occasionale, anche se non esercitata come attività principale.

Carenza (termine di aspettativa)

Il tempo che intercorre dalla decorrenza del piano sanitario e l'effettiva operatività delle prestazioni.

Caregiver

Figlio, coniuge/convivente more uxorio, zio/a di primo grado, cugino/a di primo grado, se gratuitamente, ed essendo legato da vincoli di reciproca affettività, aiuta stabilmente un proprio congiunto non più autosufficiente, a causa dell'età avanzata oppure di patologie croniche invalidanti, e svolge compiti di cura nei confronti dello stesso.

Cartella Clinica

Documento ufficiale, coperto da pubblica fede nei casi di legge, redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici

rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nel Sussidio Sanitario, la Cartella Clinica, da qualunque tipologia di struttura sanitaria essa provenga, è considerata atto immodificabile e, pertanto, con la richiesta di attivazione del Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento, l'Associato accetta, espressamente e senza riserva alcuna, che non è ammessa qualsivoglia alterazione o modifica o aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo, anche se protesa al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti.

Mutua Nazionale si riserva di valutare eventuali variazioni postume alla Cartella Clinica, solo ove le stesse siano datate, predisposte e firmate dallo stesso pubblico ufficiale che l'ha formata e siano controfirmate dal Direttore Sanitario, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

Centrale Salute

Gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di rimborso e delle prese in carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Associati per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (<https://www.healthassistance.it>).

Centro Convenzionato

Ospedali, Istituti a Carattere scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Centri polispecialistici, Laboratori di analisi, Centri fisioterapici, Studi medici specialistici, Studi Odontoiatrici e qualsiasi altra Struttura/Professionista che abbia stipulato un accordo con la Centrale Salute per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni oggetto del Sussidio sia in caso di Assistenza Diretta che Indiretta.

Centro Diagnostico

Ambulatorio o poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, per le indagini diagnostiche e/o per gli Interventi Chirurgici ambulatoriali.

Centri Health Point

Presidi di sanità leggera convenzionati con la Centrale Salute, anche siti in luoghi pubblici ad elevata frequentazione (come centri commerciali, stazioni aeroportuali o ferroviarie ecc.) costituiti da moduli dotati di devices di ultima generazione che consentono di promuovere un corretto stile di vita e benessere ed effettuare prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line per il controllo di parametri finora possibili solo in modo invasivo; i dati elaborati confluiscono in una cartella sanitaria (fascicolo sanitario elettronico). Per ulteriori informazioni si consulti il sito <https://www.healthpointitalia.com/>.

Convalescenza

Periodo di tempo successivo al Ricovero, prescritto dai Medici ospedalieri nella cartella clinica al momento delle dimissioni, necessario per la guarigione clinica, durante il quale il Socio è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Data evento

Per Ricoveri e Interventi chirurgici si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento. Per le altre prestazioni previste dal Piano Sanitario si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente erogata (se presenti più fatture per lo stesso evento la data si intenderà quella della prestazione relativa alla fattura con data antecedente).

Data insorgenza patologia

La data in cui lo stato patologico si è manifestato e/o è stato diagnosticato e/o è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

Day hospital

Degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi.

Day Service (DSA)

Attività specialistica ambulatoriale resa da Medico Specialista presso un Istituto di Cura e svolta per la gestione clinico – diagnostica di prestazioni ambulatoriali complesse (PAC) che non prevedono intervento chirurgico e che, attraverso la programmazione medica di un numero di accessi limitato presso la Struttura, non necessitano di degenza.

Day surgery

Degenza in istituto di cura con assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti chirurgici.

Decadenza

Termine massimo entro il quale presentare la documentazione ai fini dell'Assistenza Indiretta (rimborso). La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dall'evento determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso.

La sospensione dell'istruttoria della pratica di rimborso, a seguito di richiesta di integrazione documentale per incompletezza, non comporta interruzione del termine decadenziale di cui sopra.

Evento

Il fatto (determinato da patologia o infortunio) per il quale operano le prestazioni del presente Sussidio. In caso di ricovero ordinario, e di trasferimento da una Struttura Sanitaria ad un'altra (es. da pubblica a privata e viceversa o da privata a privata), lo stesso si considererà "evento unico" allorquando avvenuto senza soluzione di continuità. In quanto evento unico non potranno cumularsi rimborsi relativi a differenti coperture.

Guida Operativa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni

È il documento complementare e parte integrante del presente Sussidio che illustra tempi, documentazione necessaria e modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta.

Inabilità temporanea

La temporanea incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie attività.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso Ospedaliero Pubblico o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, e che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una invalidità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal Sussidio Sanitario oggetto del presente Regolamento. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza), per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'iscritto. Sono ammesse al rimborso esclusivamente quelle lesioni che siano causa diretta ed esclusiva dell'evento infortunio.

Infortunio odontoiatrico

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Intervento chirurgico

L'atto medico, con diretta finalità terapeutica realizzato mediante cruentazione dei tessuti, e mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture. Sempre che non sia diversamente regolato all'interno della specifica prestazione al presente Sussidio, sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendosi per tali quelli che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi biopatici ecc. non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti

Intervento chirurgico Ambulatoriale

L'Intervento chirurgico (come sopra definito) eseguito senza ricovero (e quindi senza degenza ancorché diurna).

Invalidità permanente

La definitiva incapacità fisica, parziale o totale, ad attendere alle proprie occupazioni.

Istituto di cura

Ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzati alla erogazione di prestazioni sanitarie in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o di lungo degenza e di soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le cliniche aventi finalità di custodia o educative.

Lesioni da sforzo/atto di forza

Lesioni causate da eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità, dalle ordinarie abitudini di vita dell'iscritto.

Limite/sub-limite

La somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale la Mutua sostiene i costi delle prestazioni previste dal presente Sussidio Sanitario.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute (dell'organismo o di un suo organo dal punto di vista anatomico o funzionale) non dipendente da infortunio.

Malattia Oncologica

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto (comprese le leucemie e il morbo di Hodgkin).

Malformazione

Qualunque alterazione morfologica o funzionale congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile.

Manifestazione

Epoca in cui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi/accertamento della stessa.

Medico

Persona legalmente abilitata all'esercizio della professione medica – alla diagnosi e cura – che esercita la professione nei limiti della propria specializzazione e che non sia l'Associato, un appartenente al suo nucleo familiare ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella dell'Associato o di un appartenente al nucleo familiare del medesimo.

Mutua

Società di Mutuo Soccorso Mutua Nazionale (ora innanzi anche Mutua Nazionale).

Patologie pregresse

Qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

Pratica

L'insieme completo in sé stesso di tutti i documenti relativi all'evento per il quale si chiede rimborso o indennizzo nei termini del presente Sussidio.

Premorienza

Evento morte che avviene prima di quella di un'altra persona o prima di un dato termine.

Presa in Carico

Documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Associato e in ottemperanza a quanto previsto nel presente Sussidio, invia ai Centri convenzionati per il servizio di accesso alle prestazioni in forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal Sussidio. L'Autorizzazione alla presa in carico costituisce nulla osta all'attivazione del servizio in forma diretta; in nessun caso l'Autorizzazione alla Presa in Carico dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito delle ulteriori valutazioni documentali e quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata da parte della Struttura Sanitaria; l'Associato si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non oggetto di autorizzazione, non rimborsabili/escluse sulla base del Sussidio sottoscritto, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse/indicate in fase di autorizzazione ma comunque previste dal presente Sussidio.

Prestazione

Servizi o altra forma di tutela previste dal Sussidio e per i quali si prevede un rimborso o una diaria o una indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dal Sussidio stesso.

Salvo quanto esplicitamente e diversamente previsto, il presupposto dell'operatività delle prestazioni è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

Prestazione extra-ospedaliera

Visite specialistiche, accertamenti diagnostici (esami strumentali e di laboratorio e le endoscopie diagnostiche) e le fisioterapie.

Prestazione ospedaliere

Ricovero, anche diurno, con o senza Intervento Chirurgico.

Quote di spesa a carico dell'Associato

Importi di spesa che rimangono a carico dell'Associato espressi in percentuale e/o in quota fissa.

Regolamento

Il presente documento disciplinante le prestazioni ricomprese nella Copertura Sanitaria.

Ricovero improprio

Il Ricovero durante il quale vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato.

Ricovero ordinario

La degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti medici e/o terapeutici e/o chirurgici, purché tale periodo di presenza in ambito ospedaliero comprenda un minimo di ore continuative pari ad almeno 20 e venga debitamente documentato da apposita certificazione ospedaliera.

Rimborso

La somma dovuta dalla Mutua all'Associato in caso di evento e prestazione rimborsabile.

Sostegno Ospedaliero

Importo giornaliero erogato da Mutua Nazionale per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del parto e/o dell'aborto terapeutico ove previsti nel presente Sussidio). Il sostegno ospedaliero viene riconosciuto in sostituzione sia del rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero che delle spese pre e post ad esso connesse.

Statuto e Regolamento Applicativo di Mutua Nazionale

Documentazione che regola il rapporto associativo con Mutua Nazionale e costituente parte integrante e sostanziale del presente Sussidio. Sono sempre consultabili e messi a disposizione dell'Associato nella propria Area Riservata.

Visita specialistica

La visita effettuata da medico chirurgo in possesso del titolo di specializzazione, per diagnosi e prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata

SEZIONE 2.: NORME GENERALI

Art. 1 - Oggetto

Oggetto del presente Sussidio è tutelare l'assistito, anche attraverso forme di prevenzione da eventi che possano pregiudicare la propria vita, sostenendolo nel momento di maggiore necessità e dove sono carenti i servizi di Stato. Nello specifico l'Associato ha diritto al rimborso delle spese sanitarie, ovvero l'erogazione delle prestazioni, sostenute dagli Associati in conseguenza di uno stato di inabilità temporanea, o di invalidità o di non autosufficienza derivante da Infortunio o Malattia,

verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio. Ulteriore valore del sussidio è l'assistenza ed il sostegno verso il socio ed il Caregiver.

Art. 2 - Persone Associate

È persona associata il Titolare del Sussidio che ha sottoscritto il modulo di adesione a Mutua Nazionale richiedendo attivazione del Sussidio stesso, provvedendo al versamento della quota di iscrizione determinata dal CdA e al pagamento del relativo contributo mutualistico. Hanno diritto alle prestazioni, altresì, i familiari i cui nominativi siano stati espressamente indicati dal Titolare in fase di adesione compatibilmente con le prestazioni previste dal presente Sussidio e con del Regolamento Applicativo dello Statuto di Mutua Nazionale.

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio e al Regolamento Applicativo, per beneficiare delle prestazioni. È altresì necessario comunicare tempestivamente alla Mutua eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del Sussidio (vedi Art. 6).

Per nucleo si intendono, oltre al Titolare del Sussidio, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni di età, purché conviventi.

Sono inoltre inclusi nel Nucleo Familiare i figli oltre i 26 anni di età, conviventi con il titolare del Sussidio a condizione che questi ultimi siano fiscalmente a carico (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata apposita autocertificazione in merito) oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66% (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito).

È equiparato al convivente more uxorio anche il convivente dello stesso sesso dell'Associato a condizione che gli stessi siano uniti da reciproci vincoli affettivi, che non vi sia parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno e che convivono stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale.

Art. 3 - Limiti di età

L'adesione al presente Sussidio sarà possibile per tutti gli Associati che alla data di attivazione non abbiano compiuto i 71 anni di età.

L'adesione al presente Sussidio prosegue anche superati i 71 anni di età a condizione che l'Associato rinnovi, senza alcuna soluzione di continuità, di anno in anno l'adesione al Sussidio. In caso di cessazione dell'adesione, una nuova adesione potrà avvenire soltanto con le specifiche modalità previste per i Sussidi sanitari che ammettono l'adesione di Associati che abbiano già compiuto i 71 anni.

Quanto previsto ai commi che precedono si intende valido anche nel caso di adesione al Sussidio per tutto il nucleo familiare; in particolare, qualora uno dei componenti del nucleo familiare abbia già compiuto 71anni di età, l'adesione al presente Sussidio sarà possibile:

- 1) nella formula “singolo”: per il solo componente del nucleo familiare con meno di 71 anni;
- 2) nella formula “nucleo”: per tutti i componenti del nucleo familiare con meno di 71 anni, esclusi quindi coloro che abbiano già superato detto limite di età.

Le prestazioni previste dal presente Sussidio sono messe a disposizione degli Associati senza alcun limite di età in uscita.

Art. 4 - Variazione del Nucleo Familiare

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare, l'Associato deve comunicare immediatamente le variazioni del proprio stato Familiare a Mutua Nazionale in forma scritta, entro e non oltre 60 giorni dall'avvenuta variazione (es. nascita, matrimonio). In tal caso l'inclusione dei nuovi Associati decorrerà dalla data dell'evento.

In difetto di comunicazione entro il suddetto termine, e fermo restando il pagamento del contributo dovuto per l'estensione al Nucleo, l'inclusione dei nuovi Associati nel Sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del Sussidio stesso, se la comunicazione è intervenuta comunque prima di tale termine.

Resta inteso che, per i nuovi Associati, ai fini dell'applicazione, ove previsti, dei Termini di aspettativa di cui all'art. 17 e delle Pregresse di cui all'art. 18 verrà considerata come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

Art. 5 - Contributi

L'ammontare del contributo che i soci devono versare per le prestazioni e i Sussidi erogati è stabilito dal CdA e viene differenziato a seconda del piano sanitario.

Art. 6 - Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

Il pagamento del contributo aggiuntivo può essere corrisposto a Mutua Nazionale in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili, previa autorizzazione dell'Associato al pagamento delle rate successive mediante RID bancario o carta di credito.

La data di decorrenza si intende fissata dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento. Durante il periodo di sospensione non verrà erogata alcuna prestazione richiesta, anche se riferibile ad un momento pregresso rispetto al verificarsi dell'insolvenza.

Art. 7 - Obblighi contributivi dell'Associato

Il ritardato pagamento dei contributi da parte del Socio comporta la sospensione dell'erogazione delle prestazioni dalla data di inizio dell'omissione contributiva. La Società, ricevuto il pagamento dei contributi arretrati, si riserva di svolgere le verifiche bancarie ed amministrative relative al versamento e, nel caso in cui i riscontri siano positivi, riattiverà l'erogazione delle prestazioni.

Se la morosità supera i 180 giorni il Socio decade ipso jure da tale qualifica con conseguente effetto, ivi compresa l'esclusione della qualifica di Socio e la cancellazione dal Libro dei Soci. In tale ultima ipotesi il Socio decade dal diritto per qualunque prestazione e/o Sussidio.

Art. 8 – Durata del Sussidio, Diritto di Recesso, Accordo di Convenzione e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di tre anni decorrenti dal giorno di cui all'art. 6. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza triennale, il Sussidio sanitario s'intenderà rinnovato, di anno in anno, con obbligo di pagamento del contributo aggiuntivo e delle quote associative previste.

Ai sensi dell'art. 12 del Regolamento Applicativo il Socio può esercitare il diritto di recesso in qualsiasi momento, che avrà efficacia alla scadenza del piano sanitario, inviando raccomandata A/R alla sede legale della Società oppure PEC almeno 60 giorni prima della scadenza. Il Socio recedente non ha diritto al Rimborso di alcuna somma versata.

In ogni caso Mutua Nazionale, entro 90 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Associato le condizioni di rinnovo per la successiva annualità.

Nel caso in cui il socio abbia aderito per il tramite di un accordo di convenzione la durata del sussidio potrà variare. Della durata il socio ne viene reso edotto dall'ente convenzionato al momento della richiesta di sottoscrizione del sussidio. Nel caso di cessazione per qualsiasi motivo dell'accordo di convenzione in base al quale il socio ha sottoscritto il sussidio, il socio potrà far richiesta di aderire individualmente al sussidio avente durata triennale versando la relativa quota e, con riconoscimento della sua anzianità associativa a condizione che vi sia continuità tra le adesioni.

Art. 9 – Diritto di Ripensamento

Il sottoscrittore delle domanda di adesione può esercitare il diritto di ripensamento entro 14 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione della domanda di adesione medesima ed a condizione che non sia stata data esecuzione al contratto, inviando lettera raccomandata A/R oppure PEC a Mutua Nazionale. Il sottoscrittore esercitando il diritto di ripensamento entro il termine sopra indicato ha diritto al Rimborso degli importi versati a Mutua Nazionale a titolo di quota associativa annuale e di contributo relativo al Sussidio scelto.

Art. 10 – Termini di presentazione delle richieste

La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'evento determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del Rimborso.

Art. 11 – Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Associato al momento della domanda di ammissione o, successivamente, ai fini di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale

del diritto al pagamento della somma dovuta dalla Mutua in caso di Evento rimborsabile in base al presente Sussidio.

Nel caso di simulazione del verificarsi delle condizioni necessarie ad ottenere il rimborso, Mutua Nazionale si riserva di deliberare l'immediata esclusione del socio senza restituzione dei contributi nel frattempo versati.

Art. 12 – Risoluzione delle Controversie

Ogni e qualsivoglia controversia dovesse insorgere tra associati e Mutua Nazionale, o essere collegata direttamente o indirettamente in merito all'interpretazione, validità, efficacia, esecuzione o risoluzione dello Statuto e dei Regolamenti nonché della domanda di adesione, sarà devoluta in via esclusiva al Foro di Roma.

Art. 13 – Limiti/sub-limiti

Tutte i limiti menzionati nel presente Sussidio nonché gli eventuali sub-limiti relativi a specifiche prestazioni, sono da intendersi per anno di validità del Sussidio, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole prestazioni.

Inoltre, ogni limite o sub-limite indicato è da intendersi unico e complessivo per tutti gli eventuali componenti del Nucleo Familiare, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole prestazioni.

Tutte le attività e i limiti/sub-limiti previsti dal presente Sussidio saranno pertanto da intendersi per anno/nucleo.

Art. 14 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con Mutua Nazionale più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di indennità o indennizzo) tra le prestazioni riconosciutegli dai vari Sussidi sottoscritti, ad eccezione dei casi espressamente riportati nei singoli articoli.

Art. 15 – Limiti territoriali

Le prestazioni, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole prestazioni. Nel caso di spese effettuate all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della BCE.

Art. 16 – Rinvio alle norme

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento si intendono richiamate le norme dello Statuto, del Regolamento Applicativo e le delibere dell'Assemblea dei Soci e del CdA.

SEZIONE 3.: NORME RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI (SALVO NON SIA ESPRESSAMENTE DEROGATO)

Art. 17 – Termine di aspettativa (Carenza)

Fermo quanto previsto all'Art. 6 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di decorrenza del Sussidio, le prestazioni hanno effetto (giorno di effetto):

- per gli Infortuni, dalle ore 24:00 del **giorno di decorrenza** del Sussidio;
- per le Malattie e le conseguenze di Malattie insorte successivamente alla data di decorrenza del Sussidio, dal **30° giorno** successivo a quello di decorrenza del Sussidio;
- per le Malattie e le conseguenze di Malattie insorte anteriormente alla data di decorrenza del presente Sussidio, ma a tale data non conosciute dall'Associato, dal **180° giorno** successivo a quello di decorrenza del Sussidio;
- per le Malattie di Alzheimer e Parkinson, dal **5° anno** successivo a quello di decorrenza del Sussidio.

I suddetti termini di carenza non agiscono nel caso di provenienza senza soluzione di continuità da precedente e diverso Sussidio di Mutua Nazionale; lo stesso in caso di provenienza da precedente altra Mutua o Cassa o Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa o Compagnia di Assicurazioni, purché si fornisca idonea certificazione dalla quale si evinca la continuità del periodo di copertura rispetto alla data di effetto del presente Sussidio.

Art. 18 – Patologie Pregresse

Tutte le prestazioni oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di attivazione dello stesso si intendono espressamente escluse.

Si intendono espressamente escluse tutte le prestazioni oggetto del presente Sussidio attivate in conseguenza di:

- Infortuni accaduti anteriormente alla data di attivazione del presente Sussidio;
- Malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di attivazione del presente Sussidio.

In caso di attivazione del presente Sussidio senza soluzione di continuità rispetto ad altro Sussidio messo a disposizione da parte di Mutua Nazionale, verrà considerata come data di prima adesione, a tutti gli effetti e salvo particolari deroghe, quella relativa all'attivazione del presente Sussidio.

Nel caso in cui il Sussidio Mutua Nazionale di provenienza senza soluzione di continuità preveda l'inclusione delle pregresse, l'esclusione delle prestazioni conseguenti a malattie manifestate, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate prima della data di attivazione del presente Sussidio si intenderà valida solo per le maggiori e più ampie prestazioni previste dal presente Sussidio rispetto a quello di provenienza. In tal caso, per tali nuove prestazioni, verrà considerata come data di prima adesione quella relativa al presente Sussidio.

Le esclusioni di cui al presente articolo sono sempre valide in caso di provenienza da altra Mutua o Cassa o Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa o Compagnia di Assicurazioni.

Tutto quanto riportato nel presente articolo è da intendersi valido anche per la figura del Caregiver, opportunamente definito.

Art. 19 - Esclusioni

Sono esclusi dal presente Sussidio sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche prestazioni):

- a. le prestazioni non corredate da prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero Pubblico o di Struttura di Primo Soccorso convenzionata con il SSN presente nel luogo dell'infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio, e le conseguenze traumatiche dello stesso, ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'iscritto;
- c. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- d. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- e. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del Sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;
- f. le prestazioni relative a malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- g. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da Malattia o Infortunio rimborsabili, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'Intervento (fermo restando che il tutto avvenga durante la validità del sussidio);
- h. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;

- i. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- j. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- k. la cura delle Malattie professionali e sindromi correlate, così come definite dal D.lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/ o integrazioni;
- l. le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione erogata e rispetto alla diagnosi/quesito diagnostico per il quale la prestazione è erogata;
- m. le prestazioni erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana;
- n. le cure e gli interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- o. l'aborto volontario non terapeutico;
- p. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato;
- q. le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio;
- r. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono comprese nella copertura quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
- s. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- t. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- u. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- v. gli Infortuni conseguenti alla pratica di attività ludiche pericolose o sport estremi o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tutti controllati da corde elastiche, sci acrobatico o estremo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., discesa con slittino da gara, rugby, football americano,

hockey, immersioni con autorespiratore, etc.) o gare motoristiche e/o motonautiche o sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

- w. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, etc.), nonché da campi elettromagnetici;
- x. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- y. i 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;
- z. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi. Esclusivamente in tale caso, a insindacabile giudizio di Mutua Nazionale, espresso anche in base alla valutazione delle circostanze specifiche, potrà essere eccezionalmente riconosciuto il rimborso delle spese e l'erogazione delle prestazioni connesse all'evento, subordinatamente alla presentazione da parte dell'associato di comunicazione della Compagnia assicurativa del terzo danneggiante che rigetta la richiesta di indennità ovvero riconosce tale indennità in una misura inferiore rispetto a quella prevista applicando i massimali di cui al presente sussidio;
- aa. spese per il trasporto del plasma;
- bb. le pandemie, se definite come tali dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Art. 20 – Modalità di erogazione del servizio e tempi di presentazione delle richieste

La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dall'evento determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso. La sospensione dell'istruttoria della pratica di rimborso non interrompe la decadenza indicata.

Pertanto, nel caso di sospensione, l'Associato ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione di richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa, comunque, entro 120 gg dall'evento. Decorso 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Associato dovrà presentare nuova e completa richiesta comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 120 gg dall'evento oltre i quali il suo diritto decade.

In ordine alla documentazione da presentare, si evidenzia che Mutua Nazionale potrà richiedere in ogni momento (sia prima del rimborso sia a rimborso effettuato) la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentino grafie diverse oppure, ancora, per effettuare controlli di Audit a campione.

L'Associato è inoltre tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita di medici incaricati da Mutua Nazionale per qualsiasi indagine e/o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i Medici che lo hanno visitato e curato.

Si precisa che, fermo restando il limite massimo rimborsabile previsto da ciascuna singola prestazione ai sensi del presente Sussidio, in caso di prestazione erogata da professionisti operanti in regime di libera professione Intramoenia anche allargata, il rimborso della prestazione è subordinato alla presentazione, nei termini previsti dalla Guida Operativa, del preventivo fornito dall'Azienda Ospedaliera all'Assistito e da questi preventivamente e formalmente accettato. Rimarrà a carico del socio la parte eccedente la tariffa prevista e pubblicizzata dall'Azienda Ospedaliera e, solo nel caso di mancata pubblicazione della medesima così come previsto dalle norme di legge e nei termini di cui alla Guida Operativa, allora la prestazione non verrà riconosciuta. Per le prestazioni Intramoenia anche allargata non è in ogni caso prevista la modalità di Assistenza diretta e verranno applicate le condizioni di rimborso previste per quella prestazione, in assistenza indiretta in o out network, a seconda del caso specifico.

Art. 21 - Tempi di rimborso

- a. **Prestazioni effettuate in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti convenzionati con la Centrale Salute:** le spese verranno corrisposte da Mutua Nazionale direttamente alle strutture e ai professionisti a termini di questo Piano Sanitario e soltanto a seguito dell'esito positivo di rimborsabilità derivante dall'analisi della documentazione medica e di spesa inoltrata dalla struttura o professionista alla Centrale Salute. Pertanto, il rilascio dell'autorizzazione per la presa in carico costituisce un mero servizio di attivazione.
- b. **Prestazioni effettuate in Assistenza Indiretta:** Mutua Nazionale provvederà alla lavorazione delle richieste e al rimborso di quanto dovuto a termini del presente Sussidio di norma entro 40 giorni lavorativi dalla data di presentazione della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria. La sospensione per documentazione mancante da parte della Centrale Salute interrompe tali tempi che decorreranno nuovamente e per intero dalla data di presentazione della documentazione in modo completo da parte dell'Associato.

A tal proposito, si rammenta che la Centrale Salute non sarà tenuta alla verifica che la documentazione mancante si trovi in altre richieste precedentemente inviate dall'Associato. Ogni richiesta dovrà essere presentata in modo completo in sé stesso.

Premessa

Tutte le prestazioni previste dal presente Sussidio si attivano dal momento in cui è stato riconosciuto ed accertato lo stato di non autosufficienza, ad esclusione delle prestazioni riportate nella sezione A "BENESSERE E PREVENZIONE" e sezione B "INABILITA' ALLA FUNZIONE LAVORATIVA".

Il sussidio cesserà automaticamente alla prima scadenza utile successiva al completamento dell'erogazione della prestazione prevista alla sezione C "NON AUTOSUFFICIENZA E ASSISTENZA".

Si precisa, inoltre, che tutte le prestazioni di seguito descritte, saranno vevoli ed attivabili da ogni Associato in copertura (sia Associato Titolare che i componenti del Nucleo Familiare, eventualmente, in copertura).

Per cui, nel momento in cui la prestazione riportata nella sezione C "NON AUTOSUFFICIENZA E ASSISTENZA" si attivi per un componente del nucleo familiare, il sussidio cesserà automaticamente alla prima scadenza utile e successiva all'erogazione delle prestazioni di cui ha diritto. Il sussidio si intenderà cessato solo per il componente che avrà usufruito della prestazione.

SEZIONE A.: BENESSERE E PREVENZIONE

Premessa

La presente Sezione è da intendersi sempre valida indipendentemente dalla verifica e accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Associato durante la validità del Sussidio.

A.1. MONITORAGGIO SALUTE IN TELEMEDICINA – dal 3° anno di validità del Sussidio

A partire dal 3° anno di copertura ininterrotta al presente Sussidio, Mutua Nazionale segue l'Associato (Titolare o un componente del Nucleo in caso di adesione Nucleo) con un monitoraggio della Salute in Televisita con consigli di buona vita, nutrizione e benessere.

La prestazione potrà essere attivata dal 3° anno e poi ogni 3 anni e potrà essere effettuata esclusivamente per il tramite dell'Health Point, previa autorizzazione della Centrale Salute e solo in forma diretta, senza applicazione di alcuna parte a carico dell'Associato.

Non necessariamente ad ogni cadenza, in caso di adesione in formula Nucleo, la prestazione deve essere attivata dal medesimo Associato.

In caso di provenienza da altro Sussidio Auxilium messo a disposizione da Mutua Nazionale, la maturazione degli anni di validità per il diritto della presente prestazione, si intende in continuità con il precedente Sussidio Auxilium.

Per tutte le ulteriori informazioni si rinvia al sito <http://www.healthpointitalia.com>.

A.2. VISITA NEUROLOGICA – dal 5° anno di validità del Sussidio

A partire dal 5° anno di copertura ininterrotta al presente Sussidio, e poi con cadenza quinquennale, Mutua Nazionale offre all'Associato (Titolare o un componente del Nucleo in caso di adesione Nucleo) la possibilità di effettuare una Visita Neurologica di Prevenzione, a scelta con una delle seguenti modalità:

- In Televisita, tramite la piattaforma di telemedicina di Health Point – 1 Televisita all'anno e per nucleo, previa autorizzazione della Centrale Salute e senza quota a carico dell'Associato;
- Tramite il Servizio Sanitario Nazionale o Strutture con esso accreditate – 1 Visita all'anno e per nucleo, rimborso senza quota a carico dell'Associato e nel limite di € 100,00 per l'anno di riferimento.

In caso di provenienza da altro Sussidio Auxilium messo a disposizione da Mutua Nazionale, la maturazione degli anni di Validità per il diritto della presente prestazione, si intende in continuità con il precedente Sussidio Auxilium.

SEZIONE B.: INABILITA' ALLA FUNZIONE LAVORATIVA

B.1. INABILITÀ TEMPORANEA

Nel caso in cui nel corso della validità del presente Sussidio si verifichi un Infortunio oppure uno o più eventi morbosi (di cui all'allegato 1 "Gravi Eventi Morbosi") **per cui l'Associato possa ritrovarsi in uno stato di Inabilità Temporanea alla propria attività professionale**, Mutua Nazionale rimborserà le spese sanitarie necessarie finalizzate al recupero dello stato di Salute dell'Associato Inabile (incluse le cure termali).

Per Inabilità temporanea alla propria attività professionale, si intende la perdita temporanea, in misura totale, della capacità dell'Associato a svolgere l'attività professionale esercitata.

L'evento morboso o l'infortunio, quale causa dell'inabilità dell'Associato, deve verificarsi/insorgere nel corso della validità del sussidio.

Per una specifica malattia o un singolo infortunio, la prestazione si può attivare una sola volta nell'anno in cui si è presentata l'inabilità ma anche per tutta la durata della copertura sanitaria; gli anni successivi, qualora l'inabilità dovesse persistere o dovesse ripresentarsi per la medesima causa per la quale sia stata già riconosciuta la presente prestazione, quest'ultima non potrà essere riattivata. Diversamente, se nel corso degli anni, l'Associato dovesse ritrovarsi nuovamente in uno stato di inabilità per una malattia/infortunio non correlata/o con la precedente causa per la quale sia stata già riconosciuta la presente prestazione, avrà diritto a riattivare la prestazione del presente articolo.

In ogni caso Mutua Nazionale:

- non riterrà Inabilità Temporanea alla propria attività professionale tutti quei casi che siano riconducibili ad una malattia o infortunio già preesistente al momento della sottoscrizione del Sussidio, sia come conseguenza diretta di essa/o che come aggravamento della condizione preesistente;

- non rimborserà alcuna spesa nei casi in cui si potrà considerare l'Inabilità Temporanea al lavoro, una conseguenza di una grave malattia o un infortunio non rimborsabile ai sensi del presente Regolamento - così come previsto all'art. 19 Sez. 3.

Condizione necessaria affinché la Mutua provveda al rimborso spese sanitarie è che l'Associato abbia perso la "capacità lavorativa", per un periodo non inferiore a 30 giorni consecutivi dal verificarsi dell'infortunio e per un periodo non inferiore a 90 giorni in caso di inabilità dovuta a grave malattia. È inoltre necessario che l'Associato comunichi l'evento con la necessaria documentazione entro il termine massimo di 90 giorni dal verificarsi dello stesso, al fine di attivare la presente prestazione.

Ad ogni modo Mutua Nazionale rimborserà le spese sostenute ed effettuate nell'arco massimo di **365 giorni**, a decorrere dal giorno dell'evento che determina la perdita temporanea della capacità dell'Associato a svolgere l'attività professionale esercitata.

Il rimborso avverrà per spese sanitarie che siano state sostenute in Italia e nei limiti di **€ 200,00 mensili per massimo 6 mesi di Inabilità Temporanea**.

Il rimborso in ciascuna mensilità è condizionato alla validità per prima adesione o per rinnovo del presente Sussidio da parte dell'Associato.

Saranno riconosciute le prestazioni sanitarie (extra ospedaliere e ospedaliere) prettamente legate e necessarie per la malattia/infortunio che ha causato l'Inabilità Temporanea. Saranno garantite solo le prestazioni in forma rimborsuale senza quota di spesa a carico dell'Associato, sia se effettuate presso Centri convenzionati che non convenzionati e sia se effettuati presso Strutture del Servizio Sanitario Nazionale (Ticket SSN).

Ai fini dell'attivazione della presente prestazione, per il riconoscimento dell'Inabilità Temporanea e relative prestazioni sanitarie, l'Associato dovrà presentare la seguente documentazione:

- Contratto di lavoro subordinato in caso di Lavoratore Dipendente, in cui siano chiaramente indicate le mansioni assegnate o, in caso di lavoratore autonomo, dichiarazione dei redditi riferita all'ultimo periodo di imposta utile e autocertificazione recante l'attività svolta e il codice ATECO di riferimento;
- Referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, presente nel luogo dell'infortunio, attestante il luogo, la data di accadimento e le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze traumatiche dello stesso;
- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici etc.) necessaria alla valutazione del quadro clinico e che consenta chiaramente di identificare la Grave Malattia (come da Allegato 1) nonché la data di insorgenza della medesima e/o della sua prima manifestazione sintomatologica;
- Ogni altro documento che Mutua Nazionale ritenga necessario produrre per attestare l'insorgenza dello stato di inabilità professionale temporanea.

B.2. INABILITÀ PERMANENTE

Nel caso in cui nel corso della validità del presente Sussidio, l'Associato si trovi in uno stato di Inabilità Permanente **alla propria attività professionale** a causa di Infortunio o Malattia che abbia

comportato **cecità o perdita dell'uso delle mani**, Mutua Nazionale rimborserà le spese sanitarie legate allo stato di Salute dell'Associato Inabile.

Per Inabilità permanente alla propria attività professionale, si intende la perdita di carattere non temporaneo, della capacità dell'Associato a svolgere l'attività professionale esercitata, a causa della cecità o la perdita dell'uso delle mani, anche se limitatamente ad una mano. La malattia o l'infortunio, quale causa dell'inabilità dell'Associato, deve verificarsi/insorgere nel corso della validità del sussidio.

In ogni caso la Mutua Nazionale:

- non riterrà Inabilità Permanente alla propria attività professionale tutti quei casi che siano riconducibili ad una malattia o infortunio già preesistente al momento della sottoscrizione del Sussidio, sia come conseguenza diretta di essa che come aggravamento della condizione preesistente;
- non rimborserà alcuna spesa nei casi in cui si potrà considerare l'inabilità permanente al lavoro, una conseguenza di una grave malattia o un infortunio non rimborsabile ai sensi del presente Regolamento - così come previsto all'art. 19 Sez. 3.

È inoltre necessario che l'Associato comunichi l'evento con la necessaria documentazione entro il termine massimo di 90 giorni dal verificarsi dello stesso, al fine di attivare la presente prestazione. L'Attivazione della prestazione potrà avvenire una sola volta per tutta la durata della copertura sanitaria.

Ad ogni modo Mutua Nazionale rimborserà le spese sostenute ed effettuate nell'arco massimo di **365 giorni**, a decorrere dal giorno dell'evento che determina la perdita permanente della capacità dell'Associato a svolgere l'attività professionale esercitata.

Il rimborso avverrà per spese sanitarie che siano state sostenute in Italia e nei limiti di **€ 4.000,00 per l'evento verificatosi**.

Il rimborso è riconosciuto solo per quelle spese sanitarie che, nell'arco massimo di 365 giorni, siano sostenute in giorni di validità del presente Sussidio per sottoscrizione o per rinnovo da parte dell'Associato.

Saranno riconosciute le prestazioni sanitarie (extra ospedaliere e ospedaliere) prettamente legate e necessarie per la malattia/infortunio che ha causato la perdita della vista o dell'uso delle mani e, come conseguenza, l'inabilità permanente. Saranno garantite solo le prestazioni in forma rimborsuale senza quota di spesa a carico dell'Associato, sia se effettuate presso Centri convenzionati che non convenzionati e sia se effettuati presso Strutture del Servizio Sanitario Nazionale (ticket SSN).

Ai fini dell'attivazione della presente prestazione, per il riconoscimento dell'Inabilità Permanente e relative prestazioni sanitarie, l'Associato dovrà presentare la seguente documentazione:

- Contratto di lavoro subordinato in caso di Lavoratore Dipendente, in cui siano chiaramente indicate le mansioni assegnate o, in caso di lavoratore autonomo, dichiarazione dei redditi riferita all'ultimo periodo di imposta utile e autocertificazione recante l'attività svolta e il codice ATECO di riferimento;
- Referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, presente nel luogo dell'infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'infortunio e le conseguenze traumatiche legate alla vista o all'uso delle mani;

- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici etc.) utile alla valutazione del quadro clinico e che consenta chiaramente di identificare la malattia e la sua insorgenza e la conseguenza sulla capacità visiva o all'uso delle mani;
- Ogni altro documento che Mutua Nazionale ritenga necessario produrre per attestare l'insorgenza dello stato di inabilità professionale permanente.

Precisazione

- L'attivazione della prestazione di cui all'art. B.1. "*INABILITÀ TEMPORANEA*" non esclude, durante la copertura del Sussidio, la possibilità di attivare, per causa diversa e non correlata, anche l'"*INABILITÀ PERMANENTE*".
- L'attivazione di una o più delle Inabilità di cui agli artt. B.1. e B.2., non esclude l'attivazione delle prestazioni riportate nella sezione C "*NON AUTOSUFFICIENZA E ASSISTENZA*", anche nel caso in cui la causa sia la medesima.
- Nel caso in cui l'infortunio o la malattia siano causa dell'attivazione prima della Inabilità Professionale (temporaneo o permanente) e, successivamente, della Non Autosufficienza, il sostegno economico erogato per l'inabilità verrà decurtato dall'importo disponibile per la "*NON AUTOSUFFICIENZA*" di cui alla successiva Sez. C (in particolare in quote mensili di cui al punto A dell'art. C.1.3.). In particolare, il meccanismo di decurtazione dall'importo disponibile per la "*NON AUTOSUFFICIENZA*" è il seguente:
 - l'importo pari a un quarto del sostegno economico goduto per l'inabilità temporanea è portato in decurtazione del sostegno massimo riconosciuto in ciascuna delle prime 4 mensilità;
 - l'importo pari a un quarto del sostegno economico goduto per l'inabilità permanente è portato in decurtazione del sostegno massimo riconosciuto in ciascuna delle prime 4 mensilità.

SEZIONE C: NON AUTOSUFFICIENZA E ASSISTENZA

Premessa

In caso l'Associato abbia sottoscritto con Mutua Nazionale più di un Sussidio, la prestazione della presente Sezione C si intende cumulativa rispetto alla medesima prestazione riconosciuta, eventualmente, dall'altro sussidio Mutua Nazionale.

C.1. NON AUTOSUFFICIENZA

La presente prestazione si attiva all'insorgenza, nel corso di validità del presente Sussidio, di eventi imprevisi ed invalidanti dell'Associato (Titolare e/o componente del Nucleo familiare), derivanti

sia da Infortunio che da Malattia, anch'essi insorti durante la vigenza del presente Sussidio e tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Associato non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

C.1.1. Definizione dello stato di non autosufficienza

È considerato in stato di non autosufficienza l'Associato che, a causa di una Malattia o di Infortunio si trovi per un periodo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale – presumibilmente in modo permanente – da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento delle attività ordinarie della vita quotidiana –ADL (Activities of Daily Living) -, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

È definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

- **lavarsi (farsi il bagno o la doccia);**
- **vestirsi e svestirsi;**
- **igiene personale;**
- **mobilità;**
- **continenza;**
- **alimentazione (bere e mangiare).**

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato secondo il criterio del punteggio (Allegato 2 "Tabella dei Punteggi"), ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico-Legale, Mutua Nazionale accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio da 0 a 10.

Lo stato di non autosufficienza è riconosciuto qualora la somma dei punteggi sia uguale o superiore a 40 punti.

In più, lo stato di Non Autosufficienza è riconoscibile anche - **indipendentemente dal punteggio sopra menzionato - quando l'Associato sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica e che abbia determinato la perdita delle capacità cognitive** (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica).

C.1.2. Accertamento dello stato di non autosufficienza

Il Comitato Medico – Legale, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la documentazione ricevuta (si veda a tal proposito la Guida Operativa) entro e non oltre un mese dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

In particolare, dovrà essere comunicata a Mutua Nazionale la seguente documentazione:

- Modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla sezione personale del sito di Mutua Nazionale o richiedibile alla Centrale Salute);

- Diagnosi e/o patologia (certificato del medico curante attestante l'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi – scaricabile dalla sezione personale del sito di Mutua Nazionale o richiedibile alla Centrale Salute – compilata dal medico curante);
- Relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;
- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici etc.) utile alla valutazione del quadro clinico;
- Ogni altro documento che Mutua Nazionale ritenga necessario produrre per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

Mutua Nazionale avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, comunicherà all'Associato la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni.

Il venir meno dello stato di non autosufficienza o il decesso dell'Associato dovrà essere immediatamente comunicato a Mutua Nazionale (dai familiari conviventi dell'Associato). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso o a seguito del venir meno dello stato di non autosufficienza dovranno essere restituiti a Mutua Nazionale.

Mutua Nazionale, in ogni caso, ha la facoltà di procedere, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Associato, a controlli presso il beneficiario e, in particolare, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare il suo stato di salute.

In caso di rifiuto da parte dell'Associato a sottoporsi ad un controllo o all'invio dei documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta del controllo o della documentazione da parte di Mutua Nazionale.

L'Associato deve fornire tutte le informazioni necessarie relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese.

Mutua Nazionale ha facoltà di richiedere, con cadenza annuale, certificazione di permanenza in vita del beneficiario.

C.1.3. Rimborso delle spese sanitarie e assistenziali

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute sia presso Centri Convenzionati (sia nella Forma Diretta che Indiretta), sia presso Centri non Convenzionati e sia presso SSN e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza (importi cumulabili per la medesima tipologia di prestazione eventualmente riconosciuta ai sensi di altro Sussidio attivato per il tramite di Mutua Nazionale).

- A. Nel limite di **€ 1.200,00** al mese e fino a **60 mesi** in cui sia attivo lo stato di Non Autosufficienza, Mutua Nazionale provvede al sostegno dell'Associato nel caso delle seguenti spese:
- Rimborso spese per Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario, Contributo RSA);
 - Rimborso spese per Sostegno psicologico;

- Rimborso spesa per la consegna dei farmaci al domicilio/residenza dell'Associato non autosufficiente, previa prescrizione medica (costo dei medicinali restano a carico dell'Associato);
- Rimborso spesa per la consegna della spesa per generi alimentari al domicilio/residenza dell'Associato non autosufficiente (costo della spesa resta a carico dell'Associato);
- Rimborso per la ricerca e la consegna, al domicilio/residenza dell'Associato non Autosufficiente, di presidi ortopedici necessari in conseguenza dell'accertato stato di non autosufficienza (costo dei presidi ortopedici resta a carico).

Si precisa che lo scontrino della spesa per generi alimentari deve riportare espressamente il costo per il servizio di consegna al domicilio/residenza dell'Associato non autosufficiente; tale informazione può essere comunicata anche attraverso fattura o copia dell'ordine di acquisto allegata allo scontrino, purché su quest'ultimo sia presente il numero dell'ordine.

Ciascuna richiesta di Rimborso è presentata dall'Associato per un importo complessivo di spese sanitarie e assistenziali non inferiore a € 25 ed entro 120 giorni dalla data di sostenimento della prima spesa presentata al corrente Rimborso.

Se nell'arco dei 120 giorni dalla data di sostenimento della prima spesa l'Associato non raggiunge una spesa complessiva pari ad almeno € 25, può presentare richiesta di Rimborso per il minore importo cumulato.

Nel caso di attivazione della presente prestazione dal 10° anno di copertura ininterrotta al presente Sussidio (e poi successivamente ogni 5 anni), il sostegno economico mensile a fronte delle spese sopra indicate, si intenderà valido per un periodo temporale di ulteriori 12 mesi. A titolo di esempio:

- in caso di attivazione della Non Autosufficienza durante il 10° anno di copertura, il limite massimo mensile di € 1.200,00 sarà garantito per 72 mesi anziché 60;
 - analogamente, in caso di attivazione della presente prestazione il 15° anno di copertura ininterrotta al presente sussidio, il rimborso delle spese sarà garantito nel limite mensile indicato per un periodo di 84 mesi;
- B. Rimborso spese per adeguamento dell'immobile (a titolo di esempio: installazione di montascale, corrimano, maniglione di sostegno, vasca con sportelli in bagno): fino ad € **3.000,00** corrisposto una tantum (la presentazione della richiesta di rimborso delle spese sostenute dovrà avvenire in un'unica soluzione, a cui segue un unico rimborso - le richieste di rimborso prodotte successivamente, non saranno oggetto di copertura);
- C. Rimborso spese per sostegno psicologico effettuato in Telemedicina (tramite Piattaforma Health Point,) fino ad un massimo di **4 sedute mensili** e nel limite di 2 mesi. I video consulti con il professionista psicologo/psichiatra dovranno essere effettuati previa autorizzazione della Centrale Salute (forma diretta). La prestazione si intende in aggiunta al rimborso riconosciuto al punto A).

In caso di non autosufficienza contemporanea da parte di più Associati componenti del Nucleo Familiare, il limite mensile e annuo dovrà intendersi per l'intero Nucleo.

L'Associato, entro 60 giorni dall'accertamento dello stato di non autosufficienza, dovrà inviare a Mutua Nazionale l'apposito modulo compilato con l'indicazione della figura del Caregiver. È data la possibilità, nel corso della durata della non autosufficienza, di designare una nuova figura di Caregiver, differente dalla prima. Il Caregiver subentrante potrà beneficiare delle prestazioni previste nelle sezioni a lui dedicate, a meno di quelle prestazioni eventualmente già utilizzate dal Caregiver uscente.

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite da Mutua Nazionale, permanendo lo stato di non autosufficienza e fermo restando il regolare versamento dei contributi dovuti o per il minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno, per qualsivoglia motivo, lo stato di non autosufficienza ovvero la qualifica di socio.

Ai fini del rimborso delle spese di cui al presente punto C.1.3., l'Associato dovrà fornire a Mutua Nazionale la documentazione comprovante la data, il costo e l'oggetto della prestazione di cui è presentata domanda di rimborso (fatture, certificato medico etc.).

Il limite è subordinato a quanto previsto nella "Precisazione" alla Sezione B e alla Sezione L.

C.1.4. Modalità di attivazione della prestazione in forma Diretta

Fermo restando quanto sopra, Mutua Nazionale mette a disposizione degli Associati un Network di Strutture e professionisti Convenzionati a cui poter accedere per le prestazioni previste dalla presente Sezione "NON AUTOSUFFICIENZA e ASSISTENZA".

L'Associato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza sulla base del punteggio raggiunto, potrà verificare con la Centrale Salute la possibilità di attivare in forma Diretta sul territorio di residenza/domicilio le seguenti prestazioni sanitarie:

- Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario);
- Sostegno psicologico;
- Consegna dei farmaci al domicilio/residenza dell'Associato non autosufficiente, previa prescrizione medica (costo dei medicinali restano a carico dell'Associato);
- Consegna della spesa per generi alimentari al domicilio/residenza dell'Associato non autosufficiente (costo della spesa resta a carico dell'Associato);
- Consegna, al domicilio/residenza dell'Associato non Autosufficiente, di presidi ortopedici necessari in conseguenza dell'accertato stato di non autosufficienza (costo dei presidi ortopedici resta a carico).

Pertanto, qualora l'Associato decida di avvalersi di una Struttura e/o professionista Convenzionato e di richiedere l'erogazione in forma Diretta delle prestazioni della presente Sezione, Mutua Nazionale procederà a rimborsare direttamente alla Struttura/professionista le spese per le prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali erogate ed espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

In nessun caso, la Struttura Sanitaria e/o il professionista Convenzionato/a, potrà promuovere a qualsiasi titolo azione di rivalsa nei confronti dell'Associato, salvo che per i crediti relativi a spese non previste ai sensi del presente Regolamento, per la parte eccedente il limite dei rimborsi previsti o per tutte le spese non espressamente autorizzate dalla Centrale Salute.

SEZIONE D.: AREA OSPEDALIERA “SOCIO NON AUTOSUFFICIENTE”

D. RICOVERO CON INTERVENTO IN CASO DI GRAVI DIFFICOLTA' ECONOMICHE

Qualora l'Associato a cui sia stato accertato lo stato di non autosufficienza, si trovi in situazioni di grave difficoltà economica, Mutua Nazionale sostiene l'Associato in caso di Interventi Chirurgici diversi dal Grande Intervento Chirurgico di cui all'elenco riportato nell'Allegato 3 al presente Sussidio (“Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici”).

In particolare, in caso di **Ricovero ordinario con Intervento chirurgico**, reso necessario da Malattia, Infortunio o dallo stesso stato di Non Autosufficienza, Mutua Nazionale provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti all'Intervento Chirurgico:

i) nei 60 giorni precedenti al Ricovero

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (correlati alla patologia causa del Ricovero) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura;

ii) durante il Ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza;

iii) nei 60 giorni successivi al Ricovero

- esami diagnostici e visite specialistiche (correlati alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (correlati alla patologia causa del Ricovero);
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al ricovero);
- cure termali (escluse le spese alberghiere e correlate alla patologia causa del Ricovero);

Mutua Nazionale provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte delle prestazioni di cui ai precedenti punti i), ii) e iii), come di seguito riportato:

- 1) Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**) nessuna **quota di spesa a suo carico**;
- 2) Nel caso di prestazioni erogate **presso strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati senza applicazione di alcuna quota di spesa a carico dell'Associato.

Non sono previsti rimborsi per Ricoveri effettuati presso Centri non Convenzionati con la Centrale Salute.

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua Nazionale il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua Nazionale e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato o per errore della Struttura Sanitaria - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso.

Il limite annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni ricompresi nel presente art. D è pari a **€ 5.000,00**.

In particolare, le agevolazioni economiche erogate in base al presente articolo D, sono subordinate ai seguenti requisiti:

1. Situazione di non autosufficienza dell'Associato, accertata e persistente;
2. Presentazione del Certificato ISEE (Certificazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente) rilasciato a fini sociosanitari, in corso di validità, aggiornato a non meno di sei mesi e comunque ad un momento non antecedente all'accertamento della condizione di non autosufficienza, attestante la reale condizione reddituale e patrimoniale dell'Associato e del proprio nucleo familiare, non superiore a euro 12.000,00 (dodicimila/00).

La Mutua si riserva, a proprio insindacabile giudizio, di valutare la sussistenza o meno dei presupposti economici e patrimoniali, nonché il ricorrere della condizione di non autosufficienza, funzionali al rimborso.

Nel caso in cui venga meno lo stato di autosufficienza, ovvero muti la sua situazione economica patrimoniale, l'Associato non potrà più fruire delle agevolazioni economiche di cui alla presente sezione.

Per ulteriori informazioni sulla documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

SEZIONE E.: RIMBORSO SPESE AUSILI MEDICI

Mutua Nazionale provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato per il quale sia stato accertato lo stato di non autosufficiente ai sensi del presente sussidio, delle spese sostenute dallo stesso per:

- ausili sanitari finalizzati alla facilitazione del movimento in casa o per favorire la deambulazione;
- per sistemi di sorveglianza e telemonitoraggio;
- l'acquisto o noleggio di device medici,

in conseguenza ed in ragione dell'accertata condizione fisica in cui il medesimo versi.

Al momento della presentazione della domanda di rimborso l'Associato dovrà fornire a Mutua Nazionale idonea documentazione attestante le ragioni, l'oggetto e la misura delle spese sostenute (prescrizione medica, fatture, etc.).

Il rimborso delle suddette spese avverrà fino ad un limite di **€ 3.000,00** corrisposto una tantum. La presentazione della richiesta di rimborso delle prestazioni effettuate, dunque, dovrà avvenire in un'unica soluzione (a cui segue un unico rimborso). Richieste di rimborso prodotte successivamente, non saranno oggetto di copertura.

SEZIONE F.: SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA

In caso di premorienza dell'Associato per il quale sia stato accertato lo stato di non autosufficienza e ai sensi del presente sussidio, la Mutua riconosce agli eredi:

- 1) Il rimborso dei canoni di locazione e/o rate di finanziamento/mutuo stipulati per l'acquisto di dispositivi medici, telesoccorso e/o vigilanza di movimento in conseguenza ed in ragione dell'accertata condizione fisica in cui versava l'Associato e che restano ancora da pagare al momento della premorienza dell'Associato o che siano già state sostenute durante la validità sussidio ma non rimborsate con l'attivazione di altre prestazioni del presente Sussidio.

Il rimborso delle suddette spese avverrà fino ad un limite di **€ 4.000,00** corrisposto una tantum. La presentazione della richiesta di rimborso delle prestazioni effettuate, dunque, dovrà avvenire in un'unica soluzione (a cui segue un unico rimborso). Richieste di rimborso prodotte successivamente, non saranno oggetto di copertura.

Per eredi si intendono il coniuge/partner unito civilmente (o in alternativa il convivente more uxorio) ed i figli. In mancanza di una di queste figure, il contributo economico spetta ai genitori e/o ai fratelli e sorelle, solo se conviventi e a carico del defunto.

Nel momento del decesso dell'Associato non autosufficiente, gli eredi, al fine di ottenere il Rimborso di cui al presente **articolo**, dovranno inviare alla Centrale Salute i seguenti documenti:

- Modulo di richiesta (scaricabile dall'area riservata di Mutua Nazionale);
- Copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso dell'associato Non autosufficiente;
- Cartella clinica o certificati medici comprovante la causa del decesso;
- Dichiarazione sostitutiva del superstite ex art. 47 D.P.R. 445/2000 (attestante la qualifica di superstite come sopra definito).
- Dichiarazione sostitutiva di notorietà dalla quale si evincano i dati identificativi degli eredi;
- IBAN dell'erede designato per l'accredito del Contributo;
- idonea documentazione attestante le ragioni, l'oggetto e la misura delle spese sostenute (prescrizione medica, fatture, etc.).

Si precisa che, ai fini dell'attivazione della presente prestazione, gli eredi legittimi e/o beneficiari dovranno delegare, con procura autenticata da notaio o altra autorità competente, un solo erede ai fini della riscossione dell'intera somma concessa.

2) il rimborso di:

- canone di affitto dell'abitazione di residenza dell'Associato non autosufficiente;
- fatture per le utenze domestiche quali luce, acqua e gas successive (come periodo di consumo) al riconoscimento della non autosufficienza;
- rata del mutuo relativo all'abitazione di residenza dell'Associato non autosufficiente;
- retta mensile dell'asilo nido, scuola materna, scuola primaria e scuola secondaria (in istituti pubblici e in regola con gli studi) del figlio/i dell'Associato non autosufficiente;
- spese per visite mediche specialistiche, seguito Infortunio o Malattia, effettuate dai familiari dell'Associato non autosufficiente;
- spese per sedute di sostegno psicologico, finalizzato al recupero dell'equilibrio mentale, effettuate dai familiari dell'Associato non autosufficiente deceduto.

Le spese rimborsabili sono relative sia al periodo in cui l'Associato Non autosufficiente è in vita e sia dopo il decesso, purché la richiesta di rimborso avvenga entro i 6 mesi successivi all'evento decesso. Il rimborso avverrà nel **limite di € 200,00 al mese per un massimo di 6 mesi**.

Nel momento del decesso dell'Associato non autosufficiente, gli eredi, come sopra descritto, al fine di ottenere il Rimborso di cui al presente **articolo**, dovranno inviare alla Centrale Salute i medesimi documenti indicati al punto precedente.

SEZIONE G.: CONSULENZA

Fermo restando che sia stato accertato per l'Associato lo stato di non autosufficienza ai sensi del presente sussidio, Mutua Nazionale offre servizi di consulenza inerenti agli aspetti organizzativi e gestionali riguardo la condizione di non autosufficienza dell'Associato, il tutto per il tramite della Centrale Salute.

In particolare, l'Associato potrà verificare con la Centrale Salute la possibilità di usufruire in forma Diretta sul territorio di residenza/domicilio dei seguenti servizi di consulenza:

- intermediazione con gli enti previdenziali (valido per tutte le invalidità che maturano il diritto a trattamenti pensionistici);
- check up di idoneità/agibilità immobile;
- consulenza ASL/SSN per prestazioni e orientamento;
- ricerca e prenotazione di Badante o RSA;
- ricerca di dispositivi per il movimento e l'autodiagnosi;

- servizi di gestione/manutenzione immobile (previa verifica in zona degli operatori disponibili).

SEZIONE H.: CAREGIVER – SOSTEGNO E SALUTE

Premessa

La Mutua, con il presente Sussidio, oltre a prevedere il Rimborso delle spese all'Associato "Non Autosufficiente", garantisce l'assistenza sanitaria anche a colui che si prende cura del socio non autosufficiente, ossia il Caregiver.

Il Caregiver è scelto dall'associato tra i seguenti soggetti figlio, coniuge/convivente more uxorio, zio/a, cugino/a di primo grado, ed è colui che gratuitamente, ed essendo legato da vincoli di reciproca affettività, aiuta stabilmente un proprio congiunto non più autosufficiente, a causa dell'età avanzata oppure di patologie croniche invalidanti, e svolge compiti di cura nei confronti dello stesso.

Si tratta di un'assistenza significativa, che tende a soddisfare tutte le necessità attinenti alla cura della persona.

Il particolare, l'indicazione del Caregiver da parte dell'Associato a cui viene accertato lo stato di non autosufficienza, dovrà avvenire entro 60 giorni dall'accertamento dello stesso, tramite invio a Mutua Nazionale dell'apposito modulo compilato con l'indicazione della figura del Caregiver nonché di un certificato attestante il grado di parentela tra l'Associato Non autosufficiente e il Caregiver stesso. In caso contrario, non potranno essere attivate le prestazioni dedite alla figura del Caregiver.

È data la possibilità, nel corso della durata della non autosufficienza, di designare una nuova figura di Caregiver, differente dalla prima. Il Caregiver subentrante potrà beneficiare delle prestazioni previste nelle sezioni a lui dedicate, a meno di quelle prestazioni eventualmente già utilizzate dal Caregiver uscente.

Si precisa che Mutua Nazionale potrà erogare le prestazioni di cui alla presente sezione H, solo se il Caregiver designato diventi un Associato della Mutua.

H.1. SOSTEGNO PER CARE GIVER CHE ASSISTE IL PAZIENTE A DOMICILIO

La Mutua riconosce al Caregiver il Rimborso delle spese sostenute in stretta correlazione con la necessità di garantire assistenza all'Associato non autosufficiente fino ad un limite di **€ 150,00 al mese** e per **una durata massima pari al periodo di riconoscimento del Rimborso spese all'Associato per lo stato di non autosufficienza**.

In particolare, Mutua Nazionale provvede al sostegno del Caregiver nel caso delle seguenti spese:

- Trasporto pubblico locale e trasporto a lunga percorrenza

Rimborso dell'abbonamento nominativo del Caregiver ai servizi di trasporto pubblico locale e rimborso dei titoli di viaggio nominativi del Caregiver per le tratte a lunga percorrenza tra la Residenza del Caregiver e la Residenza dell'Assistito.

È cura del Caregiver presentare adeguata documentazione che permetta di ricostruire la tratta percorsa fino alla Residenza dell'Associato non autosufficiente. I titoli di viaggio devono essere obliterati e indicare data e ora dell'utilizzo.

- Uso di autovettura privata

Rimborso del costo del carburante:

- nel sub-limite di **€ 75,00** se il più breve percorso stradale tra la Residenza del Caregiver e la Residenza dell'Assistito è non superiore a 100 Chilometri;
- nel sub-limite di **€ 100,00** se il più breve percorso stradale tra la Residenza del Caregiver e la Residenza dell'Assistito è superiore a 100 Chilometri.

Sono rimborsate, senza applicazione del sub-limite, le spese per eventuali pedaggi autostradali sostenute dal Caregiver per raggiungere l'Assistito o per il trasporto dell'Assistito che deve sottoporsi a prestazioni sanitarie (visite mediche, accertamenti, esami specialistici) opportunamente documentati. Le spese per pedaggi autostradali devono essere dimostrate attraverso l'inoltro dei relativi attestati di transito.

- Servizio di baby-sitting

Rimborso delle spese sostenute per servizi di baby-sitting in presenza di figli minori di 14 anni conviventi col Caregiver.

Il Caregiver dovrà presentare regolare ricevuta o fattura rilasciata dal lavoratore autonomo e relativo pagamento o documentare il pagamento delle prestazioni attraverso il Libretto famiglia INPS in caso di lavoro occasionale.

Qualora il lavoratore sia assunto tramite un'agenzia interinale, è condizione per il rimborso il rilascio da parte di quest'ultima di una certificazione attestante gli importi pagati, gli estremi anagrafici e il codice fiscale del soggetto che effettua il pagamento del lavoratore.

La presentazione della richiesta di rimborso delle prestazioni effettuate dovrà avvenire mensilmente in un'unica soluzione (a cui segue un unico rimborso).

L'attivazione della presente prestazione è subordinata alla presentazione entro 60 giorni dall'accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Associato, del modulo compilato necessario per designare il Caregiver, alla contestuale presentazione della domanda di ammissione a Mutua Nazionale da parte del Caregiver designato e alla sua ammissione a socio di Mutua Nazionale.

Il presente contributo può essere cumulato con altri interventi/sussidi riconosciuti da leggi di stato.

H.2. SOSTEGNO AGGIUNTIVO IN CASO DI ASPETTATIVA NON RETRIBUITA DAL LAVORO PER ASSISTENZA DELL'ASSOCIATO

Nel caso in cui il Caregiver, al fine di prestare assistenza all'Associato non autosufficiente, fruisca di un periodo di aspettativa non retribuita dal lavoro di durata non inferiore a 6 mesi consecutivi, Mutua Nazionale riconosce al Caregiver un contributo economico aggiuntivo a quello del precedente Art. H.1.

Il contributo sarà pari ad **€ 1.500,00** e verrà corrisposto *una tantum*.

Al fine di poter attivare questa prestazione, oltre al modulo compilato per designare il Caregiver da presentare entro 60 giorni dall'accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Associato, è necessaria la presentazione da parte del Caregiver stesso della domanda di aspettativa e relativa concessione da parte del datore di lavoro.

Il presente contributo può essere cumulato con altri interventi/sussidi legati riconosciuti da leggi di stato.

H.3. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico del Caregiver** (secondo l'Elenco esaustivo riportato nell'Allegato 3 "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici") reso necessario da Malattia o Infortunio, Mutua Nazionale provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti all'Intervento Chirurgico:

i) nei 90 giorni precedenti al Ricovero

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;

ii) durante il Ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza;

iii) nei 90 giorni successivi al Ricovero

- esami diagnostici e visite specialistiche;
- prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (correlati alla patologia causa del Ricovero);
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al ricovero);
- cure termali (escluse le spese alberghiere e correlate alla patologia causa del Ricovero);

Mutua Nazionale provvederà al rimborso delle spese sostenute dal Caregiver a fronte delle prestazioni sopra elencate come di seguito riportato:

- 1) Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**) nessuna **quota di spesa a suo carico**;
- 2) Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Associato.

Il **Limite** annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati nell'art. H.3. è pari a € **25.000,00**.

Nel caso di Assistenza indiretta In Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua Nazionale il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua Nazionale e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato o da un errore della Struttura - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

H.4. SOSTEGNO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Nel caso in cui il Caregiver, a seguito di **Ricovero ordinario per Grande Intervento Chirurgico** (secondo l'elenco esaustivo riportato nell'Allegato 3 "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici") non richieda alcun Rimborso di cui al precedente punto H.3., l'Associato potrà richiedere alla Mutua la corresponsione di un sostegno ospedaliero per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

Il Sostegno Ospedaliero sarà pari ad € **100,00 per ogni giorno** di ricovero, comprendente il pernottamento, entro il **limite massimo di 90 giorni**.

Qualora l'Associato richieda la presente indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero, eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

Precisazione: In caso l'Associato Caregiver abbia sottoscritto con Mutua Nazionale un Sussidio, la prestazione del presente articolo H.4. si intende cumulativa rispetto alla medesima prestazione riconosciuta, eventualmente, dall'altro sussidio Mutua Nazionale.

Il Sostegno ospedaliero, dunque, non sarà erogabile qualora, in altro Sussidio Mutua Nazionale, sia stata riconosciuta altra tipologia di sostegno o qualsiasi altro rimborso delle spese, tutte associate allo stesso intervento.

H.5. FORMAZIONE E TUTORING

Mutua Nazionale organizza, in collaborazione con la propria Centrale Salute e/o partner convenzionati, servizi di formazione e tutoring per il Caregiver.

Il Caregiver, una volta nominato tale dall'Associato in ragione dell'accertamento dello stato di non autosufficienza, potrà verificare con la Centrale Salute la possibilità di attivare sul territorio di

residenza/domicilio servizi di formazione di base e servizi di consulenza inerenti agli aspetti assistenziali riguardanti la condizione di non autosufficienza dell'Associato.

SEZIONE I.: CAREGIVER – PARAMETRI ISEE

Premessa

L'attivazione di tutte le prestazioni di cui alla presente Sezione I, previste a favore del Caregiver dell'Associato non autosufficiente, è subordinata al ricorrere di predeterminati parametri ISEE, come meglio specificato di seguito (oltre a quanto indicato in PREMESSA alla "SEZIONE H.: CAREGIVER – SOSTEGNO E SALUTE" per la designazione del Caregiver).

A tal fine l'Associato dovrà fornire a Mutua Nazionale il proprio Modello ISEE richiesto a fini sociosanitari, aggiornato ed in corso di validità alla data della presentazione della richiesta di attivazione della prestazione, nonché l'ulteriore ed eventuale documentazione richiesta dalla Mutua.

In particolare, la fruizione da parte dell'Associato delle agevolazioni economiche di cui alla presente sezione, è subordinata ai seguenti requisiti:

1. Situazione di non autosufficienza dell'Associato, accertata e persistente;
2. Presentazione del Certificato ISEE (Certificazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente) rilasciato a fini sociosanitari, in corso di validità, aggiornato a non meno di sei mesi e comunque ad un momento non antecedente all'accertamento della condizione di non autosufficienza, attestante la reale condizione reddituale e patrimoniale dell'Associato e del proprio nucleo familiare, non superiore a euro 12.000,00 (dodicimila/00).

La Mutua si riserva, a proprio insindacabile giudizio, di valutare la sussistenza o meno dei presupposti economici e patrimoniali nonché il ricorrere della condizione di non autosufficienza, funzionali all'attivazione delle prestazioni medesime.

Nel caso in cui venga meno lo stato di non autosufficienza, ovvero muti la sua situazione economica patrimoniale, l'Associato non potrà più fruire delle agevolazioni economiche di cui alla presente sezione.

Mutua Nazionale potrà erogare le prestazioni di cui alla presente sezione I, solo se il Caregiver designato diventi un associato della Mutua.

I.1. SPESE SANITARIE – RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO

Qualora il Caregiver dell'Associato a cui sia stato accertato lo stato di non autosufficienza, si trovi in situazione di grave difficoltà economica come descritto in Premessa, Mutua Nazionale sostiene il Caregiver anche in caso di Interventi Chirurgici diversi dai Grandi Interventi Chirurgici di cui al precedente articolo H.3. e all'elenco riportato nell'Allegato 3 al presente Sussidio ("Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici").

In particolare, in caso di **Ricovero ordinario con Intervento chirurgico**, reso necessario da Malattia o Infortunio, Mutua Nazionale provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti all'Intervento Chirurgico:

i) nei 60 giorni precedenti al Ricovero

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;

ii) durante il Ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza;

iii) nei 60 giorni successivi al Ricovero

- esami diagnostici e visite specialistiche;
- prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (correlati alla patologia causa del Ricovero);
acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al ricovero);
- cure termali (escluse le spese alberghiere e correlate alla patologia causa del Ricovero).

Mutua Nazionale provvederà al rimborso delle prestazioni di cui sopra come di seguito riportato:

1. Nel caso di prestazioni erogate presso un Centro Convenzionato con la Centrale Salute (**Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta in Network**) nessuna **quota di spesa a suo carico**;
2. Nel caso di prestazioni erogate presso **strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate, i ticket sanitari** verranno rimborsati **senza applicazione di alcuna Quota di spesa** a carico dell'Associato.

Il **Limite** annuo erogabile per il complesso degli eventi e prestazioni indicati nell'art. I.1. è pari a € **5.000,00**.

Nel caso di Assistenza indiretta In Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua Nazionale il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua Nazionale e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

I.2. SOSTEGNO OSPEDALIERO – RICOVERO SSN

Nel caso in cui il Caregiver, a seguito di Ricovero ordinario con Intervento chirurgico di cui al precedente articolo I.1., non richieda alcun rimborso, la Mutua corrisponderà un'indennità giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

Il Sostegno Ospedaliero sarà pari ad **€ 100,00 per ogni giorno** di ricovero, comprendente il pernottamento, entro il **limite massimo di 60 giorni**.

Qualora l'Associato richieda il presente sostegno ospedaliero, si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero, eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

I.3. SPESE SANITARIE PER DIAGNOSTICA ED ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Mutua, in caso di Malattia o di Infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvederà al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale per il Caregiver dell'Associato non autosufficiente:

- Angiografia
- Broncoscopia
- Cistografia o Cistoscopia
- Coronarografia
- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler vascolare
- Elettroencefalogramma
- Esofagogastroduodenoscopia
- Isterosalpingografia
- Mammografia
- Mammotome (agobiopsia mammaria stereotassica)
- Mielografia
- Pancolonscopia
- Risonanza magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo

- Tomografia assiale computerizzata (TAC)
- Tomografia ad emissione di Positroni (PET)
- Urografia

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo con ciò intendendosi escluse le prestazioni non espressamente indicate e quelle finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

Il rimborso avverrà nel limite di **€ 300,00** all'anno e nelle seguenti modalità:

- ❖ con l'applicazione di una parte a suo carico pari ad **€ 40,00** se effettuate presso un **Centro Convenzionato con la Centrale Salute (Assistenza Diretta e Indiretta in Network)**;
- ❖ con l'applicazione di una parte a suo carico pari al **20% con minimo non rimborsabile di € 60,00 per evento** se effettuate presso **Centro non Convenzionato con la Centrale Salute (Assistenza Indiretta fuori Network)**;
- ❖ **senza alcuna quota di spesa** a suo carico in caso di prestazioni erogate presso strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate (**Ticket Sanitari**).

Nel caso di Assistenza indiretta in Network: qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Mutua Nazionale il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Mutua Nazionale e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, la Mutua provvederà al rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

I.4. TICKET SSN PER ESAMI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE

La Mutua, in caso di Malattia o di Infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio, anche in assenza di Ricovero od Intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso delle spese sostenute dal Caregiver dell'Associato non autosufficiente, per **accertamenti diagnostici (diversi da quanto riportato al precedente articolo H.3.), esami di laboratorio e Visite Specialistiche.**

Dalla presente copertura sono espressamente esclusi i controlli di routine, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici (o aventi finalità di cura odontoiatrica) nonché gli accertamenti con finalità dietologica.

Le spese si intendono rimborsabili se effettuate strutture del S.S.N. o presso strutture con questo convenzionate (Ticket Sanitari) e saranno rimborsate senza alcuna quota di spesa a carico del Caregiver.

Non è previsto alcun rimborso delle spese sostenute dall'Associato in caso di Assistenza Diretta e Indiretta in Network e Assistenza indiretta fuori Network.

Il limite annuo garantito per le prestazioni di cui al presente Sezione I.4. è pari ad € 300,00 per anno.

SEZIONE L: ASSOCIATO TITOLARE CAREGIVER- DAL 3° ANNO DI VALIDITÀ DEL SUSSIDIO

Ai sensi del presente Sussidio, dal 3° anno di copertura ininterrotta al presente Sussidio, Mutua Nazionale tutela l'Associato Titolare del Sussidio anche quando non sia lui a ritrovarsi in uno stato di Non autosufficienza, ma sia stato nominato Caregiver di un familiare non autosufficiente (non necessariamente in copertura).

In particolare, Mutua Nazionale interviene a sostegno economico dell'Associato Caregiver nel caso in cui, si ritrovi costretto a richiedere l'aspettativa non retribuita al lavoro per non meno di 6 mesi continuativi dovuta alla necessità di dover prestare assistenza a domicilio al familiare non autosufficiente e assegnata entro 12 mesi dallo stato di non autosufficienza del familiare.

Il contributo economico previsto sarà pari ad € 400,00 e verrà corrisposto *una tantum*.

Al fine di poter attivare questa prestazione, l'Associato Titolare dovrà presentare:

- la richiesta di aspettativa e la comunicazione di accettazione (o equivalente documentazione) comprovante le avvenute dimissioni/aspettativa dal lavoro;
- documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici etc.) da cui sia possibile evincere chiaramente lo stato di non autosufficienza del familiare;
- ogni altro documento che Mutua Nazionale ritenga necessario produrre per attestare la presenza della non Autosufficienza del familiare, riservandosi la possibilità di avvalersi della propria consulenza tecnico-specialistica per valutare il caso di Non Autosufficienza del familiare;
- certificato del grado di parentela tra l'Associato divenuto Caregiver e il familiare Non autosufficiente.

Precisazione

Si precisa che:

- l'associato Titolare, come figura Caregiver, dovrà essere tra i seguenti soggetti rispetto del familiare non autosufficiente: figlio, coniuge/convivente more uxorio, zio/a, cugino/a di primo grado che, gratuitamente, ed essendo legato da vincoli di reciproca affettività, aiuta stabilmente un proprio congiunto non più autosufficiente, a causa dell'età avanzata oppure di patologie croniche invalidanti, e svolge compiti di cura nei confronti dello stesso;

- l'attivazione della presente prestazione non esclude, durante la copertura del Sussidio, la possibilità di attivare successivamente la "INABILITA' ALLA FUNZIONE LAVORATIVA" di cui alla sezione B e la "NON AUTOSUFFICIENZA E ASSISTENZA" di cui alla Sezione C;
- nel caso in cui si attivi la presente prestazione e, successivamente, la "NON AUTOSUFFICIENZA E ASSISTENZA", il contributo economico erogato per la presente verrà decurtato dall'importo disponibile di cui alla precedente Sez. C "NON AUTOSUFFICIENZA E ASSISTENZA" (in particolare in quote mensili di € 100 dal limite di cui al punto A dell'art. C.1.3.).

SEZIONE M. SUSSIDIO DI STABILITA'

È esclusa dai sostegni riconosciuti nella presente Sezione M. la persona associata, che abbia aderito al Sussidio in ragione di un Accordo di Convenzione stipulato dell'Azienda/Società (più in generale persona giuridica) - di cui è dipendente - e Mutua Nazionale.

- 1) A fronte di una fedeltà temporale da parte dell'Associato e fermo restando che non sia stata mai attivata alcuna prestazione di cui al presente sussidio (ad eccezione della sezione "BENESSERE E PREVENZIONE") e, quindi, non sia stato mai accertato lo stato di Non autosufficienza o di Inabilità alla funzione lavorativa, Mutua Nazionale - a decorrere **dal quindicesimo anno di validità** ininterrotta del sussidio (dal 169° mese) e ferma regolarità del versamento dei contributi annui - esonererà l'Associato dal pagamento dei contributi annui previsti per i successivi 5 anni (ossia fino al 228° mese) garantendo attive le prestazioni di cui al presente sussidio.
- 2) In caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Associato di cui alla sezione C, a decorrere dalla data di accertamento del suddetto stato, esonererà l'Associato dal pagamento del 50% dei contributi annui aggiuntivi previsti, garantendo attive le prestazioni di cui al presente sussidio.
- 3) Qualora l'Associato si trovi in situazioni di grave difficoltà economica, attestate tramite la presentazione del Modello ISEE (Certificazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente), e per lo stesso sia stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza, Mutua Nazionale esonererà l'Associato dal pagamento dei contributi annui previsti garantendo attive le prestazioni di cui al presente sussidio.

In particolare, l'esonero dell'Associato dai contributi annui previsti è subordinato ai seguenti requisiti:

1. Situazione di non autosufficienza dell'Associato, accertata e persistente;
2. Presentazione del Certificato ISEE (Certificazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente) rilasciato a fini socio-sanitari, in corso di validità, aggiornato a non meno di sei mesi e comunque ad un momento non antecedente all'accertamento della condizione di non autosufficienza, attestante la reale condizione reddituale e patrimoniale dell'Associato e del proprio nucleo familiare, non superiore a euro 12.000,00 (dodicimila/00).

La Mutua si riserva, a proprio insindacabile giudizio, di valutare la sussistenza o meno dei presupposti economici e patrimoniali, nonché il ricorrere della condizione di non autosufficienza, funzionali al rimborso.

Nel caso in cui venga meno lo stato di autosufficienza, ovvero muti la sua situazione economica patrimoniale, l'Associato non potrà più fruire delle agevolazioni economiche di cui alla presente sezione. L'importo del sovrapprezzo previsto al momento della adesione a Mutua Nazionale potrà essere modificato dal Consiglio di Amministrazione a proprio insindacabile giudizio.

SEZIONE N.: SERVIZI

N.1. ASSISTENZA H24

N.1.1. CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Mutua Nazionale, durante la copertura, intende garantire un servizio di assistenza H24 e 365 giorni l'anno a fianco dell'Associato senza limiti di annualità e non in condizioni di urgenza.

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di consulto medico con medici di medicina generale per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario di carattere generale. I Medici non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

Al fine di attivare le necessarie procedure di presa in carico della richiesta, l'Associato o chi per esso, si impegna a prendere contatto appena possibile con la Centrale Operativa dedicata ai Servizi H24, per comunicare il tipo di assistenza richiesto.

La Centrale per l'assistenza H24

IL NUMERO DA CONTATTARE PER ATTIVARE I SERVIZI DELL'ASSISTENZA H24 IN CASO DI NECESSITA' È IL NUMERO VERDE: 800.598.635, **ATTIVO** 24 ore su 24, 365 gg. all'anno, in lingua italiana.

N.1.2. ESCLUSIONI PER LA PRESTAZIONE ASSISTENZA H24

Per tutte le prestazioni esposte nel precedente punto N.1.1. è *escluso* ogni prestazione conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) *Comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall'Associato; suicidio o tentato suicidio.*
- b) *Malattie mentali, stati d'ansia, stress e depressione, disturbi psichici in genere e nevrosi, nonché sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); reazione psicologica derivante dalla paura (ad es. di un atto di guerra, insurrezione popolare, atto di terrorismo, incidente aereo).*
- c) *Intossicazioni, Malattie ed Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti.*
- d) *Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche e preesistenti alla data di inizio della copertura e note all'Associato.*
- e) *Malattie dipendenti dalla gravidanza, oltre la 26ma settimana di gestazione.*

- f) *Infortuni derivanti da atti di temerarietà o attività sportive pericolose (a titolo esemplificativo e non esaustivo: alpinismo, trekking oltre i 2500 metri, salti dal trampolino con sci o idro-sci, guida e uso di guidoslitte e bob, deltaplano, parapendio, immersione con autorespiratore, speleologia, pugilato, canoa e rafting, concorsi di equitazione, caccia e tiro, hockey su ghiaccio, sci fuoripista, rugby, football americano, bungee-jumping, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme).*
- g) *Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale o dilettantistico o inerenti a partecipazioni a gare.*
- h) *Missioni di lavoro che prevedano lo svolgimento di attività prevalentemente di natura manuale e/o manifatturiera e/o con l'ausilio di strumenti e macchinari meccanici o industriali.*
- i) *Pratica venatoria; possesso di armi e munizioni, ancorché provvisti di apposite licenze e autorizzazioni.*
- j) *Viaggi intrapresi allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici, estetici o riabilitativi.*
- k) *Viaggi intrapresi in zone dove vi sia lo sconsiglio a viaggiare del Ministero degli Esteri; viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con mezzi speciali o dove persistano situazioni di conflitto armato, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione e sommosse, legge marziale, usurpazione del potere.*
- l) *Atti di sabotaggio, vandalismo o terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico.*
- m) *Eventi derivanti da fenomeni di trasmutazione dell'atomo, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva o da contaminazione chimico- biologica o batteriologica, inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale.*
- n) *Catastrofi naturali ed altri sconvolgimenti della natura.*
- o) *Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).*

SEZIONE O. EXIT DA AUXILIUM

Alle seguenti scadenze:

- alla fine del decimo anno (per il rinnovo dell'undicesimo);
- alla fine del ventesimo anno (per il rinnovo del ventunesimo),

l'Associato ha la possibilità, nel caso sia intenzionato a non rinnovare il Sussidio, di richiedere un "sostegno" per la fedeltà dimostrata negli anni di permanenza con l'Auxilium.

È esclusa dal sostegno riconosciuto nella presente Sezione O. la persona associata, che abbia aderito al Sussidio in ragione di un Accordo di Convenzione stipulato dell'Azienda/Società (più in generale persona giuridica) - di cui è dipendente - e Mutua Nazionale.

A condizioni che non abbia attivato alcuna prestazione prevista nel Sussidio e sopra descritta, ad eccezione di quanto previsto alla sezione A "BENESSERE E PREVENZIONE", Mutua Nazionale

consentirà all'Associato di destinare parte dei Contributi annui regolarmente versati, in un "Sostegno Economico" per il rimborso di spese, quali:

- Terapie per il recupero della salute post-Intervento;
- Odontoiatria;
- Interventi in caso di Inabilità al lavoro;
- Spese per cura e diagnosi di qualsiasi genere.

Saranno rimborsate le spese sostenute negli ultimi 6 (sei) mesi di associazione all'Auxilium e sostenute da tutti gli Associati in copertura (senza alcuna quota di spesa a carico dell'Associato e senza necessità di motivazione clinica).

In particolare, il sostegno massimo a disposizione sarà pari a:

- 10% dei contributi annui regolarmente versati negli anni precedenti se si attiva la prestazione al 10° anno;
- 20% dei contributi annui regolarmente versati negli anni precedenti, se si attiva la prestazione al 20° anno.

Al fine di poter attivare la prestazione, è necessario che l'Associato Titolare:

- Comunichi il proprio recesso alla Mutua a far data dalla scadenza del termine di durata del Sussidio, comunicando l'intenzione di non rinnovarlo (nei termini e modalità indicati all'articolo 8);
- Presenti i documenti sanitari inerenti le spese per le quali faccia richiesta di rimborso.

Si precisa che, in caso di adesione senza soluzione di continuità da altro Sussidio Auxilium messo a disposizione da Mutua Nazionale, la maturazione degli anni di copertura ai fini della presente prestazione, sarà valevole dalla decorrenza della prima adesione.

ALLEGATO 1 – GRAVI EVENTI MORBOSI

- a. Infarto miocardico acuto
- b. Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni: I. dispnea; II. edemi declivi; III. aritmia; IV. angina instabile; V. edema o stasi polmonare; VI. Ipossiemia
- c. Neoplasia maligna
- d. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni: I. ulcere torbide; II. decubiti; III. neuropatie; IV. vasculopatie periferiche; V. infezioni urogenitali o sovrainfezioni
- e. Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 60 giorni
- f. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
- g. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale

ALLEGATO 2 – TABELLA DEI PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Lavarsi

1° grado

l'Associato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno:

punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno:

punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado

l'Associato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo:

punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo:

punteggio 10

Igiene personale

1° grado

l'Associato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

- (1) andare al bagno
- (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
- (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per almeno 1 o al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività:

punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività:

punteggio 10

Mobilità

1° grado

l'Associato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici, come ad esempio la sedia a rotelle o le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto:

punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:

punteggio 10

Continenza

1° grado

l'Associato è completamente continente:

punteggio 0

2° grado

l'Associato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:

punteggio 5

3° grado

l'Associato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia:

punteggio 10

Alimentazione

1° grado

l'Associato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:

- sminuzzare/tagliare i cibi;
- sbucciare la frutta;
- aprire contenitore/una scatola;
- versare bevande nel bicchiere:

punteggio 5

3° grado

l'Associato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale:

punteggio 10

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

Chirurgia Vascolare

- 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
- Tromboendarteriectomia 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 intracranica di altri nervi
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili

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
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni

Chirurgia Ortopedica

- Artrodesi vertebrali per via anteriore

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

Trapianti d'organo

- Tutti