



CARDEA
CASSA MUTUA

Sussidio Sanitario

Socio Aderente ASSOPENSIONATI

CA.RI.VENEZIA

COPERTURA “OPZIONE 1”

Il Presente Sussidio è da considerarsi parte integrante del Regolamento attuativo dello Statuto della CARDEA e soggetto a contributo.

Sezione 1: Definizioni	3
Sezione 2: Norme generali che regolano il Sussidio	5
Sezione 3: Norme relative a tutte le prestazioni	7
Sezione 4.1: Prestazioni ospedaliere	10
Sezione 4.2: Prestazioni extraospedaliere	11
Sezione 5: Norme relative ai servizi aggiuntivi della Centrale Salute	13
Sezione 6: Modalità di erogazione delle prestazioni	15

Assistito/i: la persona fisica iscritta regolarmente alla CARDEA ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Cartella Clinica: Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente: le generalità per esteso, diagnosi anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Cassa: CARDEA Cassa Mutua (ora innanzi **CARDEA**), con sede in Roma (RM) in Via Emanuele Gianturco, 6 – 00196.

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.

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 Assistiti per l'accesso alle prestazioni e ai servizi.

Centro Convenzionato: Istituti di Cura e Centri Diagnostici Convenzionati con CARDEA, che fornisce le sue prestazioni agli Associati.

Ciclo di Cura: insieme delle prestazioni effettuate, con un intervallo di tempo massimo di 15 giorni fra una prestazione e l'altra, che siano in ogni caso riconducibili al medesimo evento ed effettuate complessivamente entro sei mesi dall'evento medesimo.

Convenzione: documento contrattuale sottoscritto tra la CARDEA ed il Socio Aderente (persona giuridica o Ente) avente ad oggetto l'erogazione delle prestazioni previste dal presente Sussidio a favore dell'iscritto all'Assopensionati Ca.Ri.Venezia quale Socio Aderente, a fronte di spese sanitarie per malattia, infortunio e parto secondo le modalità ed entro i limiti specificati dalla Convenzione medesima e dal presente Sussidio che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un ricovero, prescritto dai medici che hanno curato l'Assistito, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale l'Assistito è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Day hospital: la degenza in istituto di cura che non comporti il pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

Difetto fisico o malformazione: alterazione, mancanza o imperfezione di un organo o di un apparato, anche di natura congenita.

Evento: l'insorgenza della malattia o l'accadimento dell'infortunio garantite ai sensi del presente Sussidio Sanitario.

Emergenza: il verificarsi di un evento improvviso e imprevedibile che necessiti di una decisione e un intervento urgente.

Gessatura: l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimuovibile unicamente da personale medico o paramedico, limitatamente al trattamento o

riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Infortunio odontoiatrico: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche obiettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento) e che abbiano dato luogo ad un ricovero per un periodo non inferiore a 48 ore.

Insorgenza: epoca in qui ha inizio la malattia, anche asintomatica e/o non diagnosticata.

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture.

Istituto di cura: ospedale, clinica, casa di cura o Istituto universitario, 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 riabilitazione e di soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le cliniche aventi finalità di custodia o educative.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Manifestazione: epoca in qui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi della stessa.

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

Medico: persona legalmente abilitata all'esercizio della professione medica, e in particolare alla diagnosi e cura, che esercita la professione nei limiti della propria abilitazione e che non sia l'Assistito, o un appartenente al suo nucleo familiare ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella dell'Assistito o di un appartenente al nucleo familiare del medesimo.

Pratica: l'insieme di tutti i documenti relativi all'evento per il quale è erogato il rimborso nei termini del presente Sussidio.

Presa in Carico: documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Assistito e previa valutazione dell'operatività di quanto previsto nel presente Sussidio, invia ai Centri convenzionati per l'accesso alle prestazioni forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal dal Sussidio.

Quote di spesa a carico dell'Assistito: importi di spesa che rimangono a carico dell'Assistito espressi in percentuale e/o in quota fissa.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici. Il day hospital, le cure ed i trattamenti anche chirurgici, ambulatoriali, le visite ambulatoriali anche se in Istituto di Cura, non sono considerati ricovero.

Rimborso: la somma dovuta dalla CARDEA alla persona fisica iscritta all'Assopensionati Ca.Ri.Venezia, titolare della copertura sanitaria, in caso di evento rimborsabile.

Socio Aderente: L'Assopensionati Ca.Ri.Venezia o l'Associazione Nazionale dei Pensionati del settore creditizio, finanziario o assicurativo iscritta al FAP che ha aderito alla Convenzione con Cardea Cassa Mutua e la persona fisica iscritta all'Assopensionati Ca.Ri.Venezia, titolare della copertura Sanitaria.

Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio.

Sussidio: la prestazione oggetto del Regolamento attuativo.

Coopsalute S.C.p.A.: Società incaricata da CARDEA di operare come Centrale Salute, ed a disposizione degli Assistiti, per tutto il corso di validità del presente Sussidio.

Art. 1 - Persone Iscritte

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore:

- a) Degli iscritti all'Assopensionati Ca.Ri.Venezia nonché del relativo nucleo familiare;
- b) il coniuge / convivente more uxorio, ed i figli;
- c) i figli del Socio Aderente iscritto all'Assopensionati Ca.Ri.Venezia, titolare della copertura sanitaria, non inseriti nel nucleo familiare di cui alle Coperture "Base Pensionati" e "Grandi Rischi" garantite da Cardea;
- d) il Nucleo Familiare dei figli del Socio Aderente iscritto all'Assopensionati

Ca.Ri.Venezia, titolare della copertura sanitaria;

- e) i parenti e gli affini del Socio Aderente iscritto all'Assopensionati Ca.Ri.Venezia, titolare della copertura Sanitaria.

Gli aderenti dovranno essere nominativamente indicati nel modulo di adesione.

In particolare non potranno sottoscrivere il presente sussidio coloro che all'atto della sottoscrizione abbiano compiuto 71 anni, con uscita obbligatoria all'80° anno di vita, in concomitanza con la scadenza annuale del presente sussidio.

Art. 2 Validità del Sussidio

Qualora il presente Sussidio ed il relativo contributo operino in regime di Convenzione, la validità di quest'ultima costituisce *conditio sine qua non* della validità del Sussidio stesso. Pertanto la cessazione, per qualsiasi ragione, della Convenzione sottostante, determinerà automaticamente la cessazione del presente Sussidio alla sua prima scadenza annuale.

Art. 3 - Dichiarazioni e comunicazioni dell'Assistito

Le dichiarazioni non veritiere dell'Assistito, rese al momento della domanda di ammissione, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta dalla CARDEA in caso di evento rimborsabile.

Art. 4 - Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

Il Sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata presentata l'adesione ed è stato effettuato il pagamento di quanto dovuto.

Se la Società/Ente, Socio Aderente non paga la prima rata di contributo o le rate successive, l'assistenza resta sospesa dalle

ore 24:00 dello stesso giorno e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 5 - Persone non garantite e risoluzione del Sussidio

Non possono essere assistite con il presente Sussidio le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero positività da H.I.V., da Parkinson, nonché le persone affette dalle seguenti infermità: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali. L'insorgenza di tali affezioni costituisce causa di risoluzione immediata del contratto.

Art. 6 - Comunicazioni e modifiche

Le eventuali comunicazioni inerenti il rapporto associativo (o eventuali variazioni, integrazioni al presente Sussidio Sanitario) avverranno nelle modalità indicate e concordate, al momento della adesione al Sussidio (Domanda di Adesione).

Art. 7 - Massimali

Tutti i massimali menzionati nel presente Sussidio, nonché gli eventuali sub-massimali relativi a specifiche prestazioni o garanzie, sono da intendersi per anno di validità del Sussidio.

Inoltre ogni massimale o sub-massimale indicato è da intendersi unico e complessivo per tutti gli eventuali componenti del Nucleo Familiare (ove sia stata scelta la Formula Nucleo), salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

Art. 8 – Applicazione delle Quote di spesa a carico dell'Assistito

Le spese relative alle prestazioni garantite nel presente Sussidio Sanitario, sono sostenute da CARDEA (in forma diretta e/o indiretta) con l'applicazione di una quota di spesa che

resta a carico dell'Assistito (ove previsto nelle specifiche garanzie).

La quota di spesa a carico (fissa o in percentuale) è applicata secondo i seguenti criteri:

- a) in caso di ciclo di cura (v. definizione) relativo al medesimo evento, la quota di spesa a carico è da intendersi applicata per l'insieme delle prestazioni relative al ciclo di cura;
- b) in caso di prestazioni legate al medesimo evento (v. definizione), si applicherà un'unica quota di spesa a carico per l'insieme delle prestazioni effettuate entro e non oltre 60 giorni dall'evento; successivamente, verrà calcolata una seconda quota di spesa a carico per ogni prestazione;
- c) in entrambi i casi di cui alle lettere a) e b), qualora le prestazioni rientrino in differenti massimali (es. massimale per alta diagnostica e massimale per visite specialistiche), verrà applicata una quota di spesa a carico per tutte le prestazioni rientranti nel relativo massimale.

In ogni caso, per l'applicazione di una sola quota di spesa, è necessario che l'Assistito presenti, in un'unica richiesta, la documentazione; ove ciò non sia possibile, dovrà fornire evidenza scritta della riconducibilità delle prestazioni ad uno dei casi indicati alle lett. a) e b). Se le richieste (di rimborso o di autorizzazione in forma diretta), vengano invece presentate singolarmente ed in momenti diversi, verrà applicata in ogni caso una quota di spesa a carico per ogni singola prestazione.

Art. 9 - Foro Competente

Foro competente è quello di Roma.

Art.10 - Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto della CARDEA ed il

Regolamento applicativo dello Statuto in vigore.

Art. 11 – Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 4 delle Norme Generali, la decorrenza delle prestazioni indicate nel presente Sussidio, non prevede periodi di carenza, qualora l'aderente provenga da precedente copertura sanitaria. In caso contrario, le prestazioni decorrono:

- per gli infortuni e l'aborto post-traumatico, dalle ore 24 del giorno di effetto del Sussidio;
- per le malattie improvvise insorte dopo il 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio;
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assistito ma insorti anteriormente alla data di effetto del sussidio: 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto il Sussidio;
- per il parto dal 300° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio.
- per le malattie dipendenti da gravidanza: dal 120° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto del Sussidio stesso.

Art. 12 - Esclusioni

La garanzia non è operante per:

- le conseguenze di situazioni patologiche anteriori alla sottoscrizione del presente sussidio, che abbiano dato origine a cure, diagnosi, esami e che siano, pertanto, da presumersi "conosciute" dall'Assistito.
- le prestazioni non corredate da diagnosi;

- gli infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo nonché i vaccini
- la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. N. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;
- le prestazioni e le cure odontoiatriche e ortodontiche, a meno che non siano conseguenza di infortuni odontoiatrici documentati da referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica e che abbiano dato luogo ad un ricovero di durata non inferiore a 48 ore;
- le protesi dentarie, anche in caso di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Sussidio Sanitario;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo nonché i vaccini;
- la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. N. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni;
- Suicidio e tentato suicidio;
- conseguenze dirette e/o recidive di infortuni, i difetti fisici, le malformazioni, stati patologici e malattie, già manifestate, diagnosticate, curate e comunque note all' Assistito all'adesione al presente Sussidio.
- infortuni o malattie derivanti da dolo dell'Assistito;
- infortuni o malattie dovute a mancato ricorso internazionale a cure mediche;
- le malattie e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o paranoidi, anoressia, bulimia, ecc.;
- le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio indennizzabile, purché effettuate nel 360 giorni successivi

all'intervento e comunque durante la validità del sussidio;

- le prestazioni, le terapie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, l'agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- le prestazioni erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la medesima prestazione erogata;
- le prestazioni e cure di dietologia e le cure termali
- le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità, fecondazione assistita e simili, impotenza, salvo espressamente derogato;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- day hospital, ricoveri o qualsiasi altra prestazione avente finalità diagnostica o di check-up;
- gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assistito. Sono compresi nella garanzia quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assistito stesso;
- gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico; infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- gli infortuni conseguenti alla pratica di:

- sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti) o comunque remunerato in modo diretto e/o indiretto;
- sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio)
- sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;
- immersioni subacquee con autorespiratore (qualora l'Assistito non sia in possesso di idoneo brevetto di attività subacquea), equitazione, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, speleologia, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing) pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani dei fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, kite surfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista.
- gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- gli infortuni occorsi durante la guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Assistito;
- gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'Assistito non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Assistito che guidi con patente scaduta e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento dell'evento, dei requisiti per il rinnovo;

- gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto, alla guida di mezzi di locomozione aerei;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni;
- le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, salvo che l'Assistito sia rimasto vittima di tali eventi all'estero;
- Le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate.
- Ricoveri causati dalla necessità dell'assistito 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'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento.

Art. 13 - Rinuncia all'azione di surroga

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

Art. 14 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Assistito abbia sottoscritto con la CARDEA un Sussidio che preveda il rimborso/rimborso di spese e/o indennità in più di un Sussidio, L'Assistito avrà diritto al rimborso/rimborso del maggior importo dovuto dalla CARDEA per uno solo dei Sussidi sottoscritti per la specifica garanzia.

Art. 15 - Limiti territoriali

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

Art. 16- Durata del sussidio e tacito rinnovo

Il presente sussidio ha durata di un anno decorrenti dal giorno di cui all'art. 4. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, ricevuta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, la garanzia sarà automaticamente rinnovata per un ulteriore periodo di un anno e così successivamente, a fronte del relativo pagamento del relativo contributo dovuto.

Art. 17 - Variazioni del nucleo familiare in corso di anno: inclusione/esclusione assistiti

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare (v. Sez. 2, Art. 1), l'Assistito deve comunicare immediatamente le variazioni del proprio stato familiare alla CARDEA in forma scritta.

Se non diversamente comunicato dalla CARDEA, e fermo restando il pagamento degli eventuali contributi, l'inclusione dei nuovi assistiti nel sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del sussidio stesso.

Resta inteso che, per i nuovi Assistiti così inclusi, i termini di aspettativa di cui all'art.11 (Carenze), decorrono dal giorno di inclusione dei nuovi Assistiti.

4.1.1 - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESI DAY HOSPITAL E DAY SURGERY) ED INTERVENTI AMBULATORIALI

La CARDEA in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risultino compresi nei termini del presente Regolamento, provvede a rimborsare le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico:

1) prima del ricovero (nei 90 giorni precedenti il ricovero)

- visite specialistiche e accertamenti diagnostici, compresi onorari medici;

2) 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 ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- rette di degenza, fino ad un sub-massimale di € 130,00 al giorno

3) dopo il ricovero (nei 90 giorni successivi alla dimissione dal ricovero)

- esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici;
- esami, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi;
- medicinali (solo con prescrizione medica)
- cure termali (ad esclusione delle spese alberghiere)

Fermo restando quanto previsto al successivo punto 4.1.2. le prestazioni di cui sopra saranno rimborsate con applicazione delle seguenti quote di spesa a carico dell'Assistito:

- le prestazioni effettuate in una Struttura Sanitaria convenzionata con la Centrale Salute saranno rimborsate dalla CARDEA senza applicazione di **quota di spesa a carico dell'Assistito, nei limiti del massimale;**
- le prestazioni effettuate in una Struttura Sanitaria non convenzionata con la Centrale Salute (o in struttura convenzionata ma da medici non convenzionati) saranno rimborsate dalla CARDEA con applicazione di una **quota di spesa a carico dell'Assistito del 10% per ogni evento, ed un minimo non rimborsabile pari ad € 1.000,00 ed un massimo pari ad € 2.500,00.**

4.1.2. Altri interventi chirurgici compresi e relativi sub-massimali e quote di spesa a carico dell'Assistito

A) Relativamente agli interventi chirurgici sottoelencati, sia se resi presso strutture convenzionate che presso strutture non convenzionate, il sub-massimale per annualità si intende fissato in euro 4.000,00 per ogni tipologia di intervento, ivi comprese le spese precedenti e successive al ricovero di cui al precedente art. 4.1.1., e con uno scoperto del 15% sulla somma effettivamente spesa e documentata dall'Assistito:

- Appendicectomia
- Interventi al naso di qualsivoglia natura (salvo infortuni documentati)
- Ernie (escluse ernie discali della colonna vertebrale)
- Colecistectomia
- Meniscectomia
- Legamenti crociati.

B) Sono inoltre incluse le seguenti prestazioni o interventi, nei limiti dei sub-massimali di seguito indicati, e senza applicazione di quote di spesa a carico dell'Assistito, sia se resi presso strutture convenzionate che presso strutture non convenzionate:

- Parto Naturale, fino ad un sub-massimale complessivo per annualità di euro **2.000,00**;
- Parto Cesareo e aborto terapeutico, fino ad un sub-massimale complessivo per annualità di euro **4.000,00**;
- Interventi ambulatoriali fino ad un limite di euro **1.000,00** per annualità;
- Chirurgia refrattiva e Trattamenti con laser ad eccimeri, fino ad un sub massimale complessivo di **€ 1.000,00 per occhio** e nei soli casi di anisometropia superiore a tre diottrie e/o in caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio;

4.1.3. Degenza Sostitutiva

L'Assistito nel caso in cui debba essere ricoverato in strutture del Servizio Sanitario Nazionale in conseguenza di malattia, infortunio o parto, rimborsabili secondo il presente Regolamento, può chiedere in sostituzione integrale del rimborso delle spese previste il pagamento di una **somma giornaliera massima di € 50,00 per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 90 giorni per annualità.**

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

4.1.4. Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il massimale annuo erogabile di sussidi per il complesso degli eventi indicati nella presente sezione è pari alla somma complessiva di € 50.000,00 per Nucleo famigliare.

4.2.1. SPESE EXTRAOSPEDALIERE DI ALTA DIAGNOSTICA

CARDEA, 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 per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di alta diagnostica strumentale:

- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Chemioterapia

- Cistografia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Dialisi
- Diagnostica radiologica
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Ecografia
- EGDS (esofago scopia + gastroscopia +duodenoscopia)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Flebografia
- Gastroscopia
- Laserterapia
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Telecuore
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Urografia

Le prestazioni non espressamente indicate nel sussidio non sono coperte dalla presente garanzia. Le spese sostenute per prestazioni effettuate in struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, sono rimborsate con applicazione di una quota di spesa a carico dell'Assistito del 20% e con un minimo non rimborsabile di € 50,00 per ogni evento nei limiti del massimale annuo di cui al punto 4.2.3.

Qualora invece le prestazioni di cui sopra vengano effettuate in una Struttura Sanitaria non convenzionata con la centrale Salute, la CARDEA rimborserà le spese sostenute dall'Assistito con applicazione di una quota di spesa a suo carico del 25% e con un minimo non rimborsabile di € 60,00 per ogni evento nei limiti del massimale annuo di cui al punto 4.2.3.

4.2.2 - SPESE RELATIVE A TICKET SANITARI

CARDEA rimborsa integralmente il costo sostenuto per i ticket sanitari relativi a esami di alta diagnostica indennizzabili ai termini del presente sussidio, nel limite del massimale annuo di cui al punto 4.2.3. Sono sempre esclusi i ticket per l'acquisto di farmaci.

4.2.3 MASSIMALE ANNUO DI RIMBORSI EROGABILI

Il limite annuo garantito per il complesso delle prestazioni di cui ai precedenti punti 4.2.1. e 4.2.2. è pari ad **€ 1.000,00 per annualità e per nucleo familiare.**

SEZIONE 5: NORME RELATIVE AI SERVIZI AGGIUNTIVI DELLA CENTRALE SALUTE

5.1 CONVENZIONE CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, gli Assistiti avranno a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire della convenzione stipulata tra la Centrale Salute e la Società StemWay Biotech Limited con sede italiana a Roma in via Flaminia 338.

Grazie alla convenzione siglata sarà possibile per gli Assistiti richiedere direttamente alla StemWay Biotech, anche per il tramite della Centrale Salute, il servizio di conservazione delle cellule staminali in forma privata all'estero, secondo i criteri normativi attualmente in vigore e pagare i pacchetti sottoelencati a costi agevolati.

5.1.1. CRIO - CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI DEL CORDONE OMBELICALE.

Gli standard qualitativi utilizzati dalla StemWay Biotech nel testare, processare e preparare i campioni, sono tra i più severi e moderni disponibili. La qualità del processo di separazione delle cellule dal plasma e la specifica curva di crio-conservazione elaborata dai ricercatori dei loro laboratori sono in grado di offrire la più elevata garanzia di conservazione.

Le cellule staminali vengono così conservate, suddivise in più lotti, al fine di eliminare i rischi da perdita totale del campione a causa di eventi catastrofici.

Tutti i laboratori hanno ottenuto i più severi accreditamenti internazionali (GMP-ISO17025) e garantiscono il medesimo elevato livello di qualità e di sicurezza.

I laboratori utilizzati da StemWay Biotech possono, inoltre, offrire servizi di amplificazione e coltura cellulare secondo i più rigorosi e moderni standard scientifici internazionali, puntando a divenire il punto di riferimento per gli sviluppi della medicina rigenerativa.

5.1.2. INFORMAZIONE SCIENTIFICA.

StemWay BIOTECH vuole costituire una fonte privilegiata per i Genitori ed i professionisti del settore sanitario, per l'accesso ad informazioni attendibili, indipendenti, aggiornate ed esaustive sulla ricerca scientifica e la sua applicazione in materia di cellule staminali, attraverso supporti informativi documentali e colloqui individuali con i nostri specialisti.

Al fine di garantire l'assoluta correttezza etica e scientifica di tutte le attività della società, StemWay Biotech è l'unico operatore del settore che prevede, tra i propri organi sociali, un Comitato Etico indipendente.

Questo perché un completo e oggettivo supporto informativo scientifico, che già costituisce il fondamento della serenità di ciascun paziente, nell'ambito di un settore così innovativo, quale quello delle cellule staminali, deve rappresentare un valore insostituibile.

5.1.3. CONSULENZA MEDICA.

StemWay BIOTECH non vuole limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vuole essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico ed ideale per ogni ulteriore esigenza che possa maturare a conservazione avvenuta.

Qualora nel corso del periodo di stoccaggio dovesse presentarsi una patologia per la quale la disponibilità di proprie cellule staminali possa consentire l'utilizzo di un trattamento o di una terapia a base di staminali, StemWay BIOTECH potrà assicurare la migliore assistenza nella selezione, a livello internazionale, dei professionisti, degli ospedali e delle cliniche più avanzate supportando, se richiesto, la struttura sanitaria che ha in cura il paziente.

Inoltre StemWay BIOTECH si prenderà cura del trasporto dei campioni presso la struttura sanitaria indicata dai Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

5.2. ASSISTENZA H24

5.2.1 - PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA H24

Ciascuna delle altre prestazioni di Assistenza per i casi di necessità è fornita **non più di tre volte per annualità** per Assistito, salvo eventuale diversa indicazione per le singole prestazioni.

5.2.2 - CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

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

5.2.3. - INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Centrale Operativa provvede, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assistito con ambulanza ad un pronto soccorso. Validità territoriale: Italia.

5.2.4. - INVIO AMBULANZA (VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA)

Qualora l'Assistito, in seguito a infortunio o malattia, necessiti, successivamente al ricovero di primo soccorso, di:

- essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino e idoneo centro ospedaliero;
- essere trasportato dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare al proprio domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'autoambulanza, la Centrale Operativa invia direttamente l'autoambulanza tenendo a proprio carico il costo sino a un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

5.2.5. - In caso di necessità

Al fine di attivare le necessarie procedure di presa in carico della richiesta, l'Assistito 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.

5.2.6. - La Centrale per l'assistenza in emergenza

IL NUMERO DA CONTATTARE PER ATTIVARE I SERVIZI H24 IN CASO DI NECESSITA' E' IL NUMERO VERDE 800 598 635, ATTIVO 24 ore su 24, 365gg all'anno, in lingua italiana.

5.2.7. - Rischi esclusi per la garanzia assistenza H24

Per tutte le garanzie esposte nei precedenti Art. 5.3-5.5. è escluso ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) Cause ed eventi non adeguatamente documentati.
- b) Comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall'Assistito; suicidio o tentato suicidio.

- c) 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).
- d) Intossicazioni, malattie ed infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti.
- e) Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche e preesistenti alla data di inizio della copertura e note all'Assistito.
- f) Malattie dipendenti dalla gravidanza, oltre la 26ma settimana di gestazione.
- g) 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).
- h) Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale o dilettantistico o inerenti a partecipazioni a gare.
- i) 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.
- j) Pratica venatoria; possesso di armi e munizioni, ancorché provvisti di apposite licenze e autorizzazioni.
- k) Viaggi intrapresi allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici, estetici o riabilitativi.
- l) 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.
- m) Atti di sabotaggio, vandalismo o terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico.
- n) 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.
- o) Catastrofi naturali ed altri sconvolgimenti della natura.
- p) Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

SEZIONE 6: MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

6.1 CENTRALE SALUTE

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute. Tutti i servizi così erogati sono gestiti dalla società Coopsalute S.C.p.A. con sede operativa in Formello (RM), Via di Santa Cornelia n. 9, che è incaricata dalla CARDEA di:

- operare come Centrale Salute attraverso il **Numero Verde dedicato 800.598.291**, attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8,30 alle ore 17,30 con orario continuato per:
 - informazioni generiche sui sussidi della CARDEA;
 - informazioni per accedere alle strutture convenzionate;
 - informazioni per la corretta erogazione di tutti i servizi e sussidi/sostegno del presente sussidio
 - informazioni sullo stato delle pratiche di rimborso e/o pratiche dirette;

- informazioni per l'erogazione dei sussidi in emergenza della sezione.
- offrire l'accesso diretto e indiretto alle strutture sanitarie convenzionate:
- gestire le pratiche di rimborso sia in forma diretta che indiretta

Sarà possibile quindi contattare e/o scrivere alla Centrale Salute per ricevere i servizi/prestazioni del presente Sussidio alle seguenti coordinate:

Numero Verde Nazionale: 800.598.291

Numero dall'Estero: +39 06. 90198068

e-mail: centralesalute@cardea.org

Fax: +39.06.92912534

Indirizzo: Via di Santa Cornelia 9 - 00060 - Formello (RM)

6.2 CRITERI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA E MODALITA' DI RICHIESTA DI RIMBORSO IN FORMA INDIRETTA

a) Pagamento diretto, Presa in Carico (PIC) ed obblighi dell'assistito.

Nel caso in cui l'Assistito intenda usufruire delle prestazioni dei centri o dei medici specialistici convenzionati nella forma diretta, **deve rivolgersi alla Centrale Salute almeno 3 giorni lavorativi prima della data della prestazione o del presunto ricovero** e fare richiesta di Autorizzazione al Pagamento Diretto utilizzando l'apposito Modulo (che si può scaricare sul sito www.winsalute.it o richiedere alla Centrale Salute), il quale dovrà essere inviato alla Centrale Salute, appositamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto ed unitamente alla necessaria documentazione medica a supporto della richiesta, a mezzo e-mail, fax o posta. Alternativamente, l'Assistito potrà presentare la propria richiesta mediante accesso alla propria area riservata, sul sito www.winsalute.it, secondo le modalità indicate nel Manuale Operativo Health Claim on line.

L'operatore della Centrale Salute provvederà a verificare la richiesta pervenuta e la documentazione presentata, procedendo quindi ad autorizzare o a respingere la richiesta di presa in carico in forma diretta, sulla base delle risultanze emerse dalla documentazione, ai sensi ed in applicazione del presente Sussidio Sanitario.

Quindi informerà l'Assistito del rilascio o della negazione della autorizzazione, inviando all'Assistito medesimo apposita comunicazione (a mezzo e-mail o SMS, ai recapiti indicati dall'Assistito nel Modulo di richiesta presentato) con indicazione delle eventuali procedure da seguire. In caso di rilascio dell'autorizzazione alla presa in carico (P.I.C.), l'Assistito delega la CARDEA a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spesestolate per le prestazioni previste dall'autorizzazione rilasciata.

Le prestazioni autorizzate saranno pagate in forma diretta nei limiti della propria Copertura Sanitaria; l'Assistito dovrà in ogni caso corrispondere alle Strutture Sanitarie / Professionisti che erogheranno le prestazioni, ogni eventuale somma che rimarrà a Suo carico (quote di spesa previste dalla Copertura Sanitaria, somme eccedenti il Massimale residuo, costi per prestazioni non previste dalla Copertura o, comunque, non espressamente autorizzate); l'Assistito inoltre dovrà corrispondere gli eventuali ed ulteriori importi dovuti alla Struttura Sanitaria / Professionista, qualora, dalla successiva documentazione medica e dalle fatture presentate successivamente dalla Struttura Sanitaria, risultassero essere state erogate delle prestazioni non coperte dalla Copertura Sanitaria.

L'Assistito deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra. Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati.

b) Pagamento indiretto

Qualora l'assistito scelga di non avvalersi dei centri convenzionati con la Centrale Salute, o di avvalersi dei Centri Convenzionati in forma indiretta, in caso di evento, quest'ultimo o chi per lui, dovrà darne comunicazione scritta alla Centrale Salute, **entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità.**

La richiesta di rimborso in Forma Indiretta dovrà essere presentata utilizzando l'apposito Modulo (che si può scaricare sul sito www.winsalute.it o richiedere alla Centrale Salute), il quale dovrà essere inviato alla Centrale Salute, appositamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto ed unitamente alla necessaria documentazione medica a supporto della richiesta, a mezzo e-mail, fax o posta. Alternativamente, l'Assistito potrà presentare la propria richiesta mediante accesso alla propria area riservata, sul sito www.winsalute.it, secondo le modalità indicate nel Manuale Operativo Health Claim on line.

La richiesta di rimborso dovrà essere corredata da cartella clinica, dalle fatture/ricevute debitamente quietanzate e da qualsiasi altro documento attinente le prestazioni effettuate, anche precedente o posteriore alla prestazione stessa; qualora necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l'integrazione della documentazione atta a verificare correttamente la rimborsabilità/erogazione del contributo economico. Tutta la documentazione suddetta potrà essere inviata in copia e la Centrale Salute potrà, qualora ritenuto opportuno, richiedere l'invio della documentazione in originale.

NOTA BENE: qualora le prestazioni in forma indiretta siano state comunque effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate, ed al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate, l'Assistito è tenuto in ogni caso a qualificarsi, presso la Struttura Sanitaria ove verranno erogate le prestazioni, in qualità di Assistito CARDEA. A tal fine, al momento della erogazione delle prestazioni, l'Assistito dovrà presentare alla Struttura Sanitaria convenzionata o al professionista, **il Modulo di Accesso al Network**, (scaricabile sul sito www.winsalute.it o da richiedere alla Centrale Salute), il quale dovrà essere appositamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria / Professionista al momento della erogazione della prestazione. Il Modulo di Accesso al Network, unitamente al Modulo di Richiesta di Rimborso ed alla necessaria documentazione medica a supporto della richiesta, dovrà essere inviata alla Centrale Salute. 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'Assistito, quest'ultimo avrà diritto a ricevere da CARDEA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra CARDEA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Assistito - saranno quindi da intendersi a carico dell'Assistito.

La CARDEA non restituisce gli eventuali originali dei documenti di spesa, nonché quelli relativi alla documentazione sanitaria, allegati alle pratiche, salvo che non vi sia espressa documentata richiesta degli stessi da parte dell'Amministrazione finanziaria.

Trascorsi 90 giorni dalla data di ricovero per malattia o infortunio, o dal verificarsi del fatto che da diritto alla prestazione, l'assistito decade dal diritto al rimborso.

In ogni caso, l'Assistito deve sempre consentire alla Centrale Salute ed alla CARDEA le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e, qualora espressamente richiesto, produrre originale o copia conforme all'originale delle cartella clinica completa e/o della documentazione medica utile ai fini della valutazione della pratica. In caso di infortunio, la denuncia dell'evento deve essere corredata da cartella clinica rilasciato dal pronto soccorso o certificato equivalente di struttura pubblica e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia dell'evento può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso.

Pertanto qualora l'Assistito decida di avvalersi della procedura di pagamento indiretto la CARDEA, per il tramite della Centrale Salute, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assistito, nei limiti di garanzia, secondo le seguenti modalità:

- il pagamento delle spese viene effettuato a cura ultimata su presentazione della documentazione medica e delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, al netto di eventuale importo in franchigia o dello scoperto;
- Qualora l'assistito abbia presentato a terzi le notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la CARDEA effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
- La CARDEA effettua il rimborso direttamente al Socio Aderente anche per le spese riguardanti altri componenti il suo nucleo.
- Per le spese sostenute all'estero, dove vige l'Euro, i rimborsi verranno eseguiti in Italia e in Euro. Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'ufficio italiano dei cambi.
- Qualora la documentazione presentata dall'Assistito risulti incompleta o insufficiente ad effettuare una valutazione della richiesta, la Centrale Salute invierà all'Assistito una richiesta di integrazione della documentazione, comunicando che la richiesta è da intendersi **Sospesa**. **L'Assistito dovrà in questo caso provvedere alla integrazione della documentazione – ove possibile – entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta. Decorso 60 giorni, la pratica sarà da intendersi definita come Senza Seguito.**

6.3 Documentazione da inviare per le richieste di indennizzo di cui al punto 6.2

Ai Moduli di richiesta va sempre allegata la seguente documentazione:

- certificato medico attestante l'esistenza della patologia (Malattia o Infortunio), la richiesta di ricovero, di intervento, di visite specialistiche o di esami diagnostici (anche se precedenti o successivi al ricovero);
- copia della cartella clinica e/o di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito; nel caso di richiesta di pagamento diretto, sarà necessario inviare tutta la documentazione medica inerente l'intervento oggetto della richiesta in modo da permettere alla CARDEA la corretta valutazione della pratica e quindi autorizzare la stessa.
- Copia delle fatture relative alle spese sostenute, debitamente quietanzate nonché, per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-ricovero, prescrizione medica, scontrino

della farmacia e fustella della confezione in originale; nel caso di pagamento diretto, tali documenti verranno richiesti dalla CARDEA direttamente al centro convenzionato.

- Nel caso di richiesta di rimborso spese per prestazioni effettuate presso strutture sanitarie, allegare anche il Modulo di Accesso al Network.
- Nel caso infortunio, referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Per le spese sostenute nei giorni pre/post ricovero, se inviate separatamente, occorre indicare nell'apposito spazio il relativo periodo di ricovero.

Cardea Cassa Mutua

Via Emanuele Gianturco, 6 – 00196 – Roma (RM)

C.F. 97661290581

www.cassamutuacardea.org

Mail: info@cassamutuacardea.org

Pec: cardeacassamutua@pec.it