

## **Cassa di Assistenza Sanitaria Sanint**

### **Convenzione rimborso spese mediche**

#### **DEFINIZIONI**

**Aderente:** il socio Acmi

**Nucleo familiare:** il socio dell'Acmi, il coniuge o convivente more uxorio, i figli conviventi e anche quelli non conviventi purché fiscalmente a carico o per i quali sussista l'obbligo al mantenimento

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

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili

**Sinistro :** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione

**Massimale per nucleo familiare:** la disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i componenti del nucleo familiare che fa capo al titolare della copertura, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno solare

**Franchigia e scoperto :** l'importo che rimane a carico dell'assicurato riferito all'ammontare delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza

**Ricovero:** degenza in Istituto di cura comportante almeno un pernottamento

**Istituto di cura :** Ospedale, Clinica, Casa di Cura de ogni altra struttura sanitaria di ricovero, dotati di attrezzatura per il pernottamento dei pazienti

## **LE PRESTAZIONI**

La Cassa assicura, per gli infortuni e le malattie, fino alla concorrenza dei massimali stabiliti la copertura delle spese in caso di:

### **1. IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA O IN AMBULATORIO CHE COMPORTI INTERVENTO CHIRURGICO E DI PARTO CESAREO**

**La Cassa paga direttamente in caso di utilizzo della Centrale Operativa:**

1. gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei Medici) effettuati nei 90 gg. precedenti e relativi all'intervento stesso;
2. gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
3. l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, cure omeopatiche, ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
4. rette di degenza;
5. le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato, in caso di parto cesareo. La garanzia si intende prestata fino ad un massimo di € 10.000,00 per evento;
6. il trasporto dell'Assicurato, dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di € 2.582,00 per anno e per nucleo familiare;
7. le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 90 gg. successivi al ricovero.

### **2. IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CHE NON COMPORTI INTERVENTO CHIRURGICO**

**La Cassa paga direttamente in caso di utilizzo della Centrale Operativa:**

1. accertamenti, l'assistenza medica, le cure, i medicinali, le cure omeopatiche e le rette di degenza, riguardanti il periodo di ricovero;
2. il trasporto dell'Aderente, dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di € 2.582,00 per anno e per nucleo familiare;

3. le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 90gg. successivi al ricovero e rese necessarie dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

### **MASSIMALI / LIMITI**

€ ILLIMITATO massimale annuo nucleo

€ 1.033,00      limite annuo per interventi chirurgici correttivi della miopia per occhio (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK)

€ 2.066,00      limite annuo per evento per parto naturale

€ 10.000,00    limite annuo per evento per parto cesareo

**IN CASO DI ASSISTENZA DIRETTA CON CONVENZIONAMENTO GBS** è prevista una franchigia fissa di € 1.000,00 e scoperto 25 % per le spese pre e post evento

**IN CASO DI NON UTILIZZO DEL CONVENZIONAMENTO GBS**, quindi in Assistenza Indiretta, verrà applicato uno scoperto del 25 % minimo di € 3.000,00 e massimo di € 5.000,00

*Lo scoperto del 25% minimo 3.000 massimo 5.000 verrà applicato anche in caso di mancata attivazione dell'Assistenza Diretta per ricoveri avvenuti presso Istituti di Cura e con medici convenzionati con la Cassa.*

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico di cui ai precedenti punti 1 e 2, inoltre:

**La Cassa paga direttamente in caso di utilizzo della Centrale Operativa le spese sostenute per:**

1. **Day hospital**

- nei casi di degenza diurna con intervento chirurgico: massimale illimitato
- nei casi di degenza diurna senza intervento chirurgico: massimale € 2.582,00; sono comunque escluse le prestazioni relative alle "cure termali";

## 2. **Trapianti – donatore**

prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore, nel caso di trapianti di organi o parti di essi. Per le donazioni da viventi sono comprese le prestazioni durante ricovero riferite al donatore;

3. **Prima e dopo ricovero; ricoveri per trapianti – terapie antirigetto** - prestazioni sanitarie fuori ricovero rese necessarie da trapianti di organi o parti di esse effettuate nei 180 gg. prima e dopo il ricovero, compresi i trattamenti mirati alla prevenzione del rigetto;
4. **Vitto e pernottamento** in Istituto di cura di un accompagnatore dell'Aderente fino alla concorrenza di € 36,00 giornaliera e con il limite massimo di € 775,00 per ciascun anno assicurativo.

## **3. MEDICINA PREVENTIVA**

**La Cassa rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di seguito elencate:**

**Uomo:** elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, RX torace, esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES.

**Donna:** mammografia, paptest, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo.

### **MASSIMALI / LIMITI**

€ 250,00 massimale annuo per nucleo, scoperto 25%, minimo € 26,00 per sinistro.

Rimborso integrale dei ticket.

## **4. SPECIALISTICHE EXTRA OSPEDALIERE**

**La Cassa rimborsa le spese sostenute per le prestazioni sanitarie e specialistiche per:**

Chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, doppler, elettrocardiografia, elettroencefalografia, laserterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, TAC, Telecuore, diagnostica radiologica, ecografia.

### **MASSIMALI / LIMITI**

€ 4.130,00 massimale annuo per nucleo aumentato a € 8.260,00 in caso di malattie oncologiche. Scoperto 20%, minimo € 26,00. Rimborso integrale dei ticket.

**5. Acquisto di protesi ortopediche ed acustiche** con il limite di Euro 1.033,00 per nucleo e per anno assicurativo

**6. Spese funerarie per rimpatrio della salma** : in caso di decesso dell'assicurato avvenuto all'estero, con il limite di euro 775,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

## **DIARIA SURROGATORIA**

La Cassa corrisponderà un'indennità di € 103,00 per ogni giorno di ricovero in Ospedale e/o Casa di Cura, con il massimo di 70 giorni per persona e per anno, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

## **NEONATI**

Nel caso di variazione della composizione del nucleo familiare per nascita, la garanzia si intende, all'atto della variazione stessa, automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Cassa venga effettuata entro l'anno di copertura a cui la variazione si riferisce; resta inteso che la garanzia s'intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 3 anni dalla nascita.

## **ESTENSIONI**

**Sono incluse in garanzia:**

Le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'adesione alla Cassa nonché le malattie croniche e recidivanti;  
Gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti all'adesione alla Cassa, fermo quanto previsto dal terz'ultimo capoverso delle Esclusioni.  
La gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti.

## **ESCLUSIONI**

Sono escluse dalla garanzia:

1. Le intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili;
1. Gli infortuni sofferti in caso di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
2. Le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Aderente abbia preso parte volontariamente;
3. Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
4. Gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
5. Le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio);
6. Tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione artificiale" o "fecondazione o procreazione assistita";
10. Le malattie mentali e le sindromi da depressione.

## LIMITI DI ETÀ'

Non possono aderire alla Cassa le persone di età superiore a 80 anni. Nel caso di compimento dell'80° anno di età durante il corso dell'annualità, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale.

## PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza ed infermità mentali. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità dell'adesione, la garanzia cessa dopo il primo evento.

## ESTESIONE TERRITORIALE

La copertura vale per il mondo intero.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio U.I.C. della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

## MODALITÀ' DI PAGAMENTO-ASSISTENZA DIRETTA

Esclusivamente le prestazioni previste ai punti 1) e 2) sono garantite nella forma dell'Assistenza Diretta nei casi previsti dalle convenzioni con gli Istituti di Cura e con i medici secondo le modalità specificate dal successivo articolo.

## NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI ASSISTENZA DIRETTA

In caso di ricovero presso **Istituto di Cura convenzionato e con equipe medica convenzionata**, previa autorizzazione della Centrale Operativa, la Cassa provvede a pagare direttamente all'Istituto di Cura e ai medici convenzionati quanto agli stessi dovuto a termini di garanzia.

Resterà a carico dell'Aderente e dovrà essere dallo stesso versato, all'atto della dimissione dall'Istituto di Cura, il costo delle prestazioni che non sono contemplate dalla Cassa, nonché le somme relative alle spese non sanitarie (telefono, bar, etc) e l'importo di eventuali scoperti e/o franchigie previste dalla Cassa.

Al fine dell'attivazione dell'Assistenza Diretta, l'Aderente deve:

- 1) prima del ricovero (possibilmente con qualche giorno di anticipo)
  - contattare telefonicamente la Centrale Operativa al numero **800.866.017** (dall'estero: 02.40959630), indicando, in caso di ricovero, l'Istituto di cura e i medici prescelti, il giorno del ricovero e la diagnosi che lo rende necessario, nonché il n° di polizza 86/1005545 e il riferimento dell'associazione Acmi; e seguire le indicazioni della Centrale Operativa
- 2) al momento del ricovero:
  - l'Aderente deve autorizzare per iscritto l'Istituto di cura ad inviare alla Cassa tutta la documentazione sanitaria inerente il ricovero, con particolare riguardo alla copia della cartella clinica;
  - l'Aderente deve, altresì, consentire che la certificazione probatoria del costo della degenza, delle prestazioni sanitarie e degli onorari professionali relativi al ricovero sia trasmessa dall'Istituto di cura alla Cassa affinché quest'ultima possa provvedere a liquidare direttamente le somme dovute.

## **RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NEL CASO DI:**

- *prestazioni extra-ricovero garantite dalla copertura*
- *ricoveri eseguiti in una struttura sanitaria non convenzionata e/o con un'equipe medica non convenzionata*

Le spese sostenute dall'Aderente per tutte le prestazioni extra-ricovero garantite dalla copertura, come pure quelle sostenute per i casi di ricovero con o senza intervento chirurgico effettuati in una struttura sanitaria non convenzionata e/o con un'equipe medica non convenzionata, saranno rimborsate direttamente all'Assistito, il quale dovrà presentare la denuncia del sinistro, corredata della necessaria documentazione medica tramite:

- il sito [www.marshaffinity.it](http://www.marshaffinity.it) e seguendo le istruzioni nello stesso riportate.

## **ANTICIPO INDENNIZZI**

Nel caso di avvenuto ricovero in Istituto di Cura è facoltà dell'Aderente richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 60% delle stesse, previa contestuale presentazione alla Cassa di certificazione provvisoria dell'Istituto di Cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle spese non sia inferiore a € 516,00.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

In caso di necessità l'Assicurato potrà contattare il **Servizio Clienti** al n° 02.48538982.