

MUTUA LIGURE

PIANO SANITARIO

“TUTELA L2”

PIANO SANITARIO Tutela L2 - famiglia e single

Articolato descrittivo

Contributo annuo - **Euro 168,00** (*centosessantotto/00*)

L'iscrizione al Piano Sanitario Tutela L2 può essere richiesta da tutti i cittadini che, in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale, dal Regolamento applicativo dello Statuto e dal Regolamento dei Piani Sanitari, all'atto della domanda di ammissione a Mutua Ligure, abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e non abbiano superato il settantacinquesimo anno di età. Il passaggio ad altro Piano Sanitario è possibile solo dopo una permanenza nel Piano Sanitario Tutela L2 di almeno tre anni. Qualora intervenga una variazione del nucleo familiare è possibile anticipare la richiesta di passaggio ad altro Piano Sanitario previa comunicazione di detta variazione a Mutua Ligure. In ogni caso la decorrenza del passaggio avverrà dal 1° gennaio per i soci che presenteranno domanda entro il 30 settembre. La permanenza è consentita senza limiti di età.

Art. 1 - RICOVERO OSPEDALIERO, RICOVERO DIURNO, CURE ONCOLOGICHE E TALASSEMIA

1.1 Ricovero ospedaliero

Al Socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera, dopo le prime due notti consecutive di ricovero spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero come di seguito specificato:

- a) euro 13,00 (tredici/00) per il ricovero del Socio;
- b) euro 13,00 (tredici/00) per il ricovero dell'avente diritto.

Il sussidio spetta per un periodo massimo di 100 giorni nell'anno solare sia per il Socio che per ogni suo avente diritto.

Il sussidio di cui al presente articolo 1.1 non spetta qualora il ricovero avvenga per cure riabilitative.

Documenti da allegare

- 1) *Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.*
- 2) *Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi.*
- 3) *Per i soci con meno di tre anni di iscrizione è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi). (**)*
- 4) *Per ricoveri superiori a 15 giorni è obbligatorio allegare la cartella clinica (completa di anamnesi, diagnosi e diario clinico). (**)*

1.2 Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico

Al Socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno con intervento chirurgico, anche se preceduto o seguito da un singolo pernottamento ospedaliero, spetta un sussidio forfettario come di seguito specificato:

- a) euro 60,00 (sessanta/00) per il ricovero del Socio;
- b) euro 60,00 (sessanta/00) per il ricovero dell'avente diritto.

Documenti da allegare

- 1) *Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.*
- 2) *Cartella clinica in cui sono indicati i giorni di effettivo ricovero specificatamente documentati, la diagnosi e il tipo di intervento effettuato, con l'annotazione che il ricovero è avvenuto in regime di ricovero diurno o day surgery. (**)*

1.3 Ricovero per cure riabilitative

Al Socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura sanitaria per cure riabilitative, dopo le prime due notti consecutive di ricovero spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero come di seguito specificato:

- a) euro 13,00 (tredici/00) per il ricovero del Socio;
- b) euro 13,00 (tredici/00) per il ricovero dell'avente diritto.

Il sussidio spetta per un periodo massimo di 15 giorni nell'arco dell'anno solare. Il periodo massimo, nell'arco dell'anno solare, è elevato a 180 giorni per aventi diritto di età inferiore a diciotto anni.

Documenti da allegare

- 1) *Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.*
- 2) *Cartella clinica dalla quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione, il tipo di diagnosi e le terapie praticate. (**)*

1.4 Cure oncologiche e della talassemia

Al Socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto, ambulatorialmente o in day hospital, al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche per cure oncologiche, o sia sottoposto a

MUTUA LIGURE Società di Mutuo Soccorso ETS

Via Brigata Liguria 105r – 16121 Genova

tel. 010.57211226 - fax 010.57211223 – www.mutualigure.it - segreteria@mutualigure.it

c.f.95164980104

emotrasfusioni e/o a trattamenti ferrochelanti per la cura della talassemia, spetta un sussidio giornaliero, per ogni giorno di trattamento, come di seguito specificato:

- a) euro 13,00 (tredici/00) per il Socio;
- b) euro 13,00 (tredici/00) per l'avente diritto.

Documenti da allegare

- 1) *Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.*
- 2) *Certificato dell'Ospedale in cui sono indicate la data di inizio e quella di termine di ogni singolo periodo con indicate tutte le date del trattamento ed il tipo di terapia praticata.*

1.5 Età minima degli aventi diritto

Nel caso in cui il ricovero ospedaliero si sia reso necessario per gli aventi diritto del Socio di cui alla lettera b) del punto 2.1 del Regolamento applicativo, il limite di età è fissato - in deroga alla predetta norma - con decorrenza dal decimo giorno di età.

1.6 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se il ricovero è dovuto ad infortunio.

Art. 2 - INTERVENTI CHIRURGICI

2.1 Norme e importi del sussidio

Al Socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto ad un intervento chirurgico, attraverso S.S.N., compreso nello specifico "Elenco degli interventi chirurgici sussidiabili" allegato al Piano Sanitario, spetta un sussidio fino alla concorrenza della somma massima complessiva per anno di euro 5.000,00 (cinquemila/00) per il rimborso delle relative spese sanitarie, effettivamente sostenute e documentate, come di seguito specificato:

- a) accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e visite specialistiche, effettuate nei 120 giorni precedenti il ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;
- b) esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, effettuati nei 120 giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;
- c) spese trasporto con mezzo sanitario (in Italia e all'estero) o spese rimpatrio salma per decesso dovuto a grande intervento chirurgico all'estero, per un massimo di euro 3.000 (tremila/00).

2.2 Percentuale di rimborso

Il sussidio di cui al punto precedente 2.1 viene erogato a titolo di rimborso pari al 100% delle spese sanitarie, effettivamente sostenute e documentate, relative alle lettere a) e b) e c) di cui al medesimo punto. Il sussidio spetta per tutti gli interventi e per ogni evento fino alla concorrenza della somma massima complessiva per anno di euro 5.000,00 (cinquemila/00).

2.3 Assistenza ricovero ospedaliero

Al Socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto a un intervento chirurgico compreso nello specifico "Elenco degli interventi chirurgici sussidiabili" allegato al Piano Sanitario, a titolo di rimborso spese, spetta un sussidio di assistenza per ogni giorno di ricovero, con un massimo di 10 giorni, come di seguito specificato:

- a) euro 20,00 (venti/00) giornaliera per ricovero in Italia;
- b) euro 40,00 (quaranta/00) giornaliera per ricovero all'estero.

2.4 Età minima degli aventi diritto

Nel caso in cui l'intervento chirurgico compreso nello specifico "Elenco degli interventi chirurgici sussidiabili" allegato al Piano Sanitario si sia reso necessario per gli aventi diritto del Socio di cui alla lettera b) del punto 2.1 del Regolamento dei Piani Sanitari - in deroga alla predetta norma - non si tiene conto del limite di età fissato a 30 giorni dalla nascita.

2.5 Sussidio di ricovero ospedaliero

Il Socio potrà richiedere anche il sussidio di ricovero ospedaliero di cui al precedente articolo 1).

2.6 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'intervento è dovuto ad infortunio.

MUTUA LIGURE Società di Mutuo Soccorso ETS

Via Brigata Liguria 105r – 16121 Genova

tel. 010.57211226 - fax 010.57211223 – www.mutualigure.it - segreteria@mutualigure.it

c.f.95164980104

Documenti da allegare

- 1) Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.
- 2) Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato. (**)
- 3) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.
 - c. Data di emissione.
 - d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni.
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.
 - f. Indicazioni di quietanzamento.
- 4) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

Art. 3 - ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA PER MALATI NEOPLASTICI TERMINALI

3.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al Socio, ovvero ai suoi beneficiari o agli eredi legittimi, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia affetto da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio fino ad un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) come rimborso alle spese sostenute a domicilio per gli interventi sanitari e le cure praticate negli ultimi sei mesi di vita.

Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

3.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

Documenti da allegare

- 1) Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.
- 2) Documentazione analitica in originale delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita del malato.
- 3) Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale.
- 4) Certificato di decesso.

Art. 4 - ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

4.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al Socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia colpito da malattie invalidanti temporanee a seguito di ricovero o infortunio, e necessari di interventi sanitari a domicilio, spetta un sussidio pari al 50% delle spese sostenute fino a un massimo - per nucleo familiare - di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare. Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le prestazioni professionali fornite dai medici, in possesso di laurea in medicina e chirurgia, da infermieri, fisioterapisti, massofisioterapisti e terapisti della riabilitazione motoria, in possesso di idoneo titolo professionale, e da operatori sanitari specializzati delle cooperative sociali convenzionate con Fimiv e con la rete *Imacare* abilitati per eseguire: terapie mediche, assistenza infermieristica globale, assistenza riabilitativa, fisioterapica e rieducazione funzionale.

Il sussidio sarà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto. Il rimborso spetta per terapie effettuate entro 365 giorni dall'evento.

4.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione

Documenti da allegare

- 1) Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.
- 2) Certificazione medica specialistica con la descrizione completa delle prestazioni da eseguire e della necessità che le stesse siano effettuate a domicilio, nel caso di Rieducazione funzionale, Massoterapia, Terapia fisica e strumentale, eseguite in regime di assistenza domiciliare.
- 3) Certificato medico attestante la malattia invalidante del Socio/aventi diritto e la tipologia di prestazione domiciliare richiesta.

Art. 5 - ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

5.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al Socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui un esame di alta diagnostica strumentale o di alta specializzazione, spetta - per ogni esame effettuato - un sussidio come di seguito indicato.

Il sussidio è rimborsabile fino ad un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare.

5.1.1 Alta diagnostica strumentale

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 100,00 (cento/00);
- c) per esami effettuati presso gli *Ambulatori Cooperativi* e le altre strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del Socio è di euro 40,00 (quaranta/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di alta diagnostica strumentale i seguenti esami:

- angiografia;
- risonanza magnetica nucleare (Rmn);
- scintigrafia;
- tomografia ad emissione di positroni (Pet);
- tomografia assiale computerizzata (Tac).

5.1.2 Alta specializzazione

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 40,00 (quaranta/00);
- c) per esami effettuati presso gli *Ambulatori Cooperativi* e le altre strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del Socio è di euro 25,00 (venticinque/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di alta specializzazione i seguenti esami:

- ecocardio-color Doppler;
- ecocardiogramma;
- doppler - ecodoppler;
- elettromiografia;
- mammografia;
- mineralometria ossea computerizzata.

5.2 Esclusioni

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridologia.

5.3 Prescrizione medica

Per la richiesta del sussidio è obbligatorio allegare la prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.

5.4 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'esame diagnostico è dovuto a infortunio.

Documenti da allegare

- 1) *Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.*
- 2) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
 - a. *Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).*
 - b. *Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.*
 - c. *Data di emissione.*
 - d. *Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate.*
 - e. *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.*
 - f. *Indicazioni di quietanzamento.*
- 3) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.*
- 4) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.*

Art. 6 - VISITE SPECIALISTICHE

6.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al Socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui una visita specialistica, viene corrisposto per ogni visita un sussidio pari al:

- a) 40% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) 50% della spesa sostenuta nei casi di visite in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 30,00 (trenta/00) per visita;

MUTUA LIGURE Società di Mutuo Soccorso ETS

Via Brigata Liguria 105r – 16121 Genova

tel. 010.57211226 - fax 010.57211223 – www.mutualigure.it - segreteria@mutualigure.it

c.f.95164980104

c) 50% della spesa sostenuta per visite effettuare presso gli *Ambulatori Cooperativi* e le altre strutture convenzionate in forma diretta con pagamento a carico della Società di max euro 30,00 (trenta/00) per visita. La parte rimanente è a carico del Socio.

Il sussidio è concesso nel limite di due visite per anno solare per ogni singola specializzazione sia per il Socio che per ciascun avente diritto. Tale limite è elevato a quattro nella specializzazione di Ostetricia e Ginecologia.

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni. Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

6.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

Documenti da allegare

1) *Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.*

2) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:*

a. *Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).*

b. *Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.*

c. *Data di emissione.*

d. *Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni.*

e. *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.*

f. *Indicazioni di quietanzamento.*

3) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.*

Art. 7 - SUSSIDIO PER ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI ED ESAMI DI LABORATORIO EFFETTUATI TRAMITE SSN (TICKET)

7.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al Socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui esami diagnostici strumentali e/o di laboratorio, viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio pari al 40% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

7.2 Esclusioni

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridologia.

7.3 Presentazione della richiesta di sussidio

La richiesta di rimborso può essere presentata con le seguenti scadenze:

a) una sola volta per anno solare;

b) in qualsiasi momento dell'anno purché, cumulando le spese sostenute, l'importo dei ticket sia superiore a euro 100 (cento/00).

Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

7.4 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

Documenti da allegare

1) *Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.*

2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica*

Art. 8 - LIMITE MASSIMO SUSSIDIABILE PER LE VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DIAGNOSTICI ED ESAMI DI LABORATORIO

8.1 Massimale annuo

I sussidi previsti ai precedenti punti 6) e 7) si intendono concessi per spese documentate sostenute dal Socio fino ad un massimo di euro 500,00 (cinquecento/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare.

Art. 9 - TRASPORTO INFERMI

9.1 Diritto al sussidio e suo importo

Il Socio ha diritto a un sussidio di euro 30,00 (trenta/00) per il trasporto di se stesso o di un avente diritto con mezzo sanitario.

Il sussidio sarà concesso per un massimo di due volte nell'anno solare e previa presentazione di documentazione in regola con la normativa fiscale vigente.

9.2 Periodo di carenza

Per acquisire diritto al sussidio il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se il trasporto è dovuto ad infortunio.

Documenti da allegare

1) *Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.*

2) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:*

a. *Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).*

b. *Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.*

c. *Data di emissione.*

d. *Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni.*

e. *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.*

f. *Indicazioni di quietanzamento.*

Art. 10 - CICLI DI TERAPIE

10.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al Socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di infortunio o di ricovero ospedaliero con intervento chirurgico, è riconosciuto un sussidio - sia per rimborso del ticket dovuto al Servizio Sanitario Nazionale che per spese effettuate in regime di solvenza - fino ad un massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per ogni ciclo effettuato.

I cicli di terapie devono essere effettuati entro 365 giorni dall'infortunio o dal ricovero ospedaliero con intervento chirurgico.

Il sussidio viene corrisposto una sola volta per ogni infortunio o ricovero con intervento chirurgico, con un massimo di tre cicli nell'anno solare.

10.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

Tale periodo è ridotto a 30 giorni in caso di infortunio.

Documenti da allegare

1) *Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.*

2) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:*

a. *Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).*

b. *Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.*

c. *Data di emissione.*

d. *Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni.*

e. *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.*

f. *Indicazioni di quietanzamento.*

3) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.*

Art. 11 - TELEASSISTENZA

11.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al Socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia in condizione di non autosufficienza accertata da dichiarazione medica o che la stessa documenti una situazione di inadeguata assistenza nell'arco della giornata, è concesso un sussidio pari al 50% della spesa sostenuta per l'acquisto o per il noleggio di un'apparecchiatura capace di fornire un servizio di teleassistenza, comunque fino ad un massimo - per nucleo familiare - di euro 100,00 (cento/00) nell'anno solare.

Il sussidio verrà liquidato solo se la spesa sostenuta sarà dettagliatamente documentata e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibile alla situazione di non autosufficienza o inadeguata assistenza in atto.

11.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto all'apparecchio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

Documenti da allegare

- 1) Attestazione in copia dell'avvenuto versamento del contributo annuo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario.
- 2) Dichiarazione medica attestante lo stato di necessità di teleassistenza.
- 3) Documento comprovante il versamento della cauzione.
- 4) Richiesta di attivazione del servizi.

Art. 12 - CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI

I sussidi e i servizi erogati sono fra loro cumulabili ad eccezione del:

- a) sussidio di assistenza domiciliare con il sussidio di assistenza sanitaria per malati neoplastici terminali;
- b) il sussidio per alta diagnostica strumentale e alta specializzazione con il sussidio per interventi chirurgici.

NORME GENERALI

DOCUMENTI AGGIUNTIVI DA ALLEGARE PER RICHIESTA DI SUSSIDI RIFERITI AD AVENTI DIRITTO

- 1) Certificato di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il Socio. (*)
- 2) Certificato di convivenza sotto lo stesso tetto del Socio in caso di convivenza more uxorio. (*)
- 3) Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 16 anni e fino al compimento dei 25 anni di età:
 - a. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico. (*)
- 4) Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 25 anni, se permanentemente inabili al lavoro:
 - a. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico. (*)
 - b. dichiarazione in originale rilasciata dagli Enti preposti a questo riconoscimento attestante l'inabilità permanente al lavoro.

IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE

Ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad euro 77,47 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente fissata in euro 1,81 mediante applicazione di marche o bollo a punzone.

Pertanto, ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte della Mutua, il Socio ha l'obbligo di presentazione di fatture o documenti equivalenti ricevuti regolarmente assoggettati ad imposta di bollo; comunque la Società non rimborsa l'imposta di bollo.

DICHIARAZIONE DI NOTORIETÀ

Tutti i documenti segnati con (*) possono essere sostituiti con il modulo per la dichiarazione di notorietà, da autenticare presso le nostre sedi territoriali.

TRADUZIONE DEI DOCUMENTI IN LINGUA STRANIERA

Nei casi in cui è obbligatorio allegare la traduzione - secondo le modalità di cui all'art.5.7 del Regolamento applicativo - di documenti scritti in lingua straniera, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino ad un massimo di 30 euro per ogni sussidio richiesto.

DOCUMENTAZIONE

La Mutua può richiedere al Socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto.

() CARTELLA CLINICA**

Nei casi in cui è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo.

ELENCO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

CHIRURGIA GENERALE

Collo

- A46 Fistole e cisti congenite del collo, asportazione di
- A55 Fistola esofago-tracheale, intervento per
- A01 Paratiroidectomia totale
- A02 Tiroidectomia totale
- A04 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale
- A05 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- A97 Decompressione orbitopatia tiroidea
- A56 Tiroidectomia parziale solo per patologia neoplastica maligna
- A87 Linfadenectomia monolaterale e/o bilaterale (come unico intervento)
- A88 Tracheostomia con tracheotomia
- A99 Gozzo retrosternale con mediastinotomia

Mammella

- A48 Quadrantectomia con linfadenectomie associate (anche in ricoveri diversi) con eventuale rimodellamento mammario
- A89 Quadrantectomia per neoplasie, con eventuale rimodellamento mammario
- A49 Ricostruzione mammaria postmastectomia radicale o semplice per neoplasia, comprensivo di protesi
- A06 Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, per neoplasie con linfadenectomie associate
- A57 Mastectomia semplice totale per neoplasie con eventuali linfadenectomie
- A58 Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria precedentemente impiantata dopo mastectomia per cancro, comprensivo di protesi

Esofago

- A07 Diverticoli nell'esofago cervicale, intervento per
- A08 Diverticoli nell'esofago toracico, intervento per
- A09 Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con eventuale linfadenectomia
- A10 Esofago cervicale, resezione con esofagostomia
- A59 Esofago, resezione parziale o totale con esofagostomia
- A11 Esofago-gastrectomia totale per via toracolaparotomica ed eventuale linfadenectomia
- A12 Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica, sostitutiva o palliativa
- A14 Atresia esofagea, trattamento completo
- A15 Megaesofago, intervento per
- A60 Megaesofago, reintervento per
- A61 Varici esofagee, intervento transtoracico o addominale

Stomaco - duodeno

- A16 Dumping syndrome, interventi di riconversione per
- A17 Gastrectomia totale con eventuale linfadenectomia
- A62 Gastrectomia parziale, con eventuale linfadenectomia
- A50 Resezione gastroduodenale
- A63 By-pass intestinali per il trattamento dell'obesità patologica
- A18 Fistola gastro-digiuno-colica
- A90 Ernia iatale, interventi per via laparoscopica
- A100 Sleeve gastrectomy (gastrectomia verticale parziale)

Intestino: digiuno - ileo - colon - retto - ano

- A51 Morbo di Crohn, resezione intestinale per
- A19 By-pass gastrointestinali e intestinali per neoplasie
- A64 By-pass intestinali per il trattamento dell'obesità patologica
- A91 Resezione anse intestinali con anastomosi
- A92 Laparatomia esplorativa per neoplasie inoperabili
- A93 Laparatomia esplorativa per stadiazione linfadenopatie
- A20 Colectomie totali con eventuale stomia
- A65 Confezionamento di ano artificiale, come unico intervento
- A22 Emicolectomia dx
- A23 Emicolectomia sx ed eventuale colostomia (Hartmann e altre)
- A24 Megacolon, intervento per
- A66 Megacolon, colostomia per
- A67 Colectomia segmentaria con eventuale stomia
- A69 Procto-colectomia totale
- A26 Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale stomia
- A27 Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano con linfadenectomia inguinale bilaterale
- A52 Reinterventi addominali, di qualunque tipo, per ripetizioni di neoplasie
- A28 Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo
- A70 Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità
- A71 Atresia dell'ano: abbassamento addomino-perineale
- A72 Occlusione intestinale del neonato (qualunque tipo di intervento)
- A73 Pilo, stenosi congenita del

Peritoneo

MUTUA LIGURE Società di Mutuo Soccorso ETS

Via Brigata Liguria 105r – 16121 Genova

tel. 010.57211226 - fax 010.57211223 – www.mutualigure.it - segreteria@mutualigure.it

c.f.95164980104

A29 Exeresi di neoplasie retroperitoneale
A86 Omentectomia per neoplasie maligne

Fegato e vie biliari

A30 Anastomosi porto-cava o spleno-renale mesenterica-cava
A31 Deconnessione azygos-portale per via addominale
A32 Resezioni epatiche maggiori e minori
A33 Trattamenti per neoplasie epatiche con laser/radiofrequenze/radio-embolica
A53 Ascessi epatici, cisti epatiche di qualsiasi natura, angiomi cavernosi, intervento chirurgico per
A74 Colectostomia per neoplasie non resecabili
A75 Coledoco-epatico-digiuno-duodenostomia con o senza colectomia
A76 Coledoco-epatico-digiunostomia con o senza colectomia
A77 Coledoco-epatico-duodenostomia con o senza colectomia
A101 Porto-enteroanastomosi o intervento di Kasai

Pancreas - Milza

A35 Derivazione pancreatico-Wirsung digestive
A36 Cefaloduodenopancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia
A37 Neoplasie del pancreas endocrino
A38 Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia con eventuale linfadenectomia
A39 Pancreatectomia totale con eventuale linfadenectomia
A94 Pancreasectomia sinistra senza splenectomia
A40 Pancreatite acuta, intervento demolitivo
A41 Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche conseguenti ad altri interventi
A42 Splenectomia

Oro - maxillo - facciale

A78 Massiccio facciale, intervento demolitivo per neoplasie maligne con svuotamento dell'orbita
A95 Massiccio facciale, intervento per malformazioni della mandibola o della mascella
A96 Condilectomia con condroplastica
A79 Labbro e guancia, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento della loggia sottomascellare
A80 Lingua e pavimento orale, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale
A81 Lingua, pavimento orale, ghiandole sottomascellari, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale
A82 Mandibola, resezione per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
A83 Mascella superiore, resezione per neoplasie maligne con eventuale svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
A84 Parotidectomia totale
A98 Neoplasie miste ghiandole salivari, asportazione completa della ghiandola
A44 Maxillo-facciale, interventi di ricostruzione conseguenti a traumi (con esclusione fratture ossa nasali) che comportino una riduzione delle capacità funzionali maggiori del 25%
A45 Labiopalatoschisi, intervento correttivo

CHIRURGIA TORACO – POLMONARE

B20 Toracotomia o torascopia esplorative per biopsia
B01 Resezione segmentaria polmonare tipica
B02 Resezione segmentaria polmonare atipica
B15 Cisti polmonari, asportazione di
B03 Lobectomia, intervento di
B16 Bilobectomia, intervento di
B04 Resezione bronchiale con reimpianto
B05 Pneumonectomia, intervento di
B06 Pleuro-pneumonectomia, intervento di
B07 Fistole esofago-bronchiali, intervento per
B17 Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi, intervento per
B08 Pleurectomia per neoplasia maligna della pleura
B21 Decorticazione pleurica
B10 Coste e sterno, interventi per neoplasie maligne
B26 Interventi per costola cervicale
B22 Fratture costali e sternali, osteosintesi
B11 Trachea, resezione e plastica per neoplasie maligne
B13 Timectomia
B18 Enfisema bolloso, trattamento chirurgico di
B23 Bolle enfisematose, resezione chirurgica
B14 Mediastino, interventi per neoplasie o cisti
B24 Ernia diaframmatica
B25 Frenoplicatio per relaxatio diaframmatica
B19 Linfadenectomia mediastinica

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

C16 Correzione chirurgica malformazioni congenite cardiache e dei grossi vasi
C18 Cardiocirurgia in C.E.C.
C19 Aneurismi aorta toracica o addominale, interventi per

MUTUA LIGURE Società di Mutuo Soccorso ETS

Via Brigata Liguria 105r – 16121 Genova

tel. 010.57211226 - fax 010.57211223 – www.mutualigure.it - segreteria@mutualigure.it

c.f.95164980104

C20 Aneurismi arterie viscerali o tronchi sovraortici, interventi per
C21 Aneurismi aorta addominale o tronchi sovraortici, intervento con posizionamento endovascolare di protesi
C22 By-pass aorto-iliaco o aorto-femorale, femoro-tibiale, femoro-femorale, femoro-popliteo, axillo-femorale
C23 By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico con eventuale TEA
C24 By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
C25 Tromboendarterectomia di carotide e vasi epiaortici
C11 By-pass aorto-coronarico singolo
C12 Rivascolarizzazione miocardica, qualsiasi metodica
C28 Angioplastica coronarica percutanea con eventuale applicazione di stent
C33 Angioplastica ed eventuale applicazione di stent in qualsiasi distretto arterioso periferico
C13 Sostituzione valvolare singola
C14 Sostituzione valvolare multipla
C15 Valvuloplastica cardiocirurgica
C30 Commissurotomia per stenosi mitralica
C31 Sezione e legatura del dotto arterioso di Botallo
C34 Difetto interatriale, correzione percutanea
C35 Ablazione transcateretere vie elettriche anomale
C32 Pericardiectomia
C36 Asportazione neoplasia glomero carotideo
C37 Decompressione dell'arteria vertebrale nel forame traverso

GINECOLOGIA

D01 Eviscerazione pelvica
D10 Isterectomia radicale con linfadenectomia
D11 Isterectomia totale semplice con eventuale annessiectomia monobilaterale
D12 Intervento radicale per neoplasie maligne vaginali con eventuale linfadenectomia
D07 Vulvectomia allargata con linfadenectomia
D08 Fistole uretero-vaginali, vescicovaginali, rettovaginali, intervento per
D13 Localizzazioni endometrioidiche addomino-pelviche-annessiali, intervento chirurgico demolitivo mono-bilaterale per via laparotomica
D14 Aplasia della vagina, ricostruzione per
D15 Annessiectomia bilaterale
D16 Cisti ovarica neonatale

NEUROCHIRURGIA

E01 Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
E02 Neoplasie endorachidee, asportazione di, cordotomie, radicotomie
E03 Neoplasie orbitali, asportazione di
E04 Cranioplastica
E05 Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali per via endocranica
E25 Craniotomia per ematoma extradurale
E06 Craniotomia per neoplasie cerebellari, anche basali
E26 Craniotomia a scopo decompressivo o esplorativo
E32 Trapanazione cranica per PIC e/o drenaggio ventricolare
E07 Ernia del disco dorsale, intervento per via trans-toracica
E08 Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
E10 Deviazione liquorale diretta o indiretta, intervento di
E11 Epilessia focale, intervento per
E12 Traumi vertebro-midollari, intervento per via anteriore o posteriore
E14 Neoplasie della base cranica, intervento per via transorale
E16 Ipofisi, intervento per neoplasie per via transfenoidale
E17 Cerniera atlanto occipitale, intervento per malformazioni
E18 Neoplasie intramidollari, extramidollari, intradurali, intervento di laminectomia per
E19 Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
E20 Ascenso o ematoma intracranico, intervento per
E21 Mielomeningocele, intervento per
E27 Encefalomeningocele, intervento per
E28 Craniostenosi
E22 Talamotomia pallidotomia ed altri interventi similari
E23 Fistole artero-venose intracraniche
E29 Malformazione aneurismatica o angiomatosa intracranica, terapia chirurgica diretta
E30 Malformazioni e/o fistole vascolari cerebrali, embolizzazione o Gamma-Knife
E31 Neoplasie endocraniche, embolizzazione o Gamma-Knife

ORTOPEDIA

Interventi cruenti di chirurgia ortopedica

F02 Artroprotesi totale di anca
F19 Rimozione protesi totale di anca
F20 Rimozione e reimpianto di protesi totale di anca
F03 Artroprotesi totale di spalla

MUTUA LIGURE Società di Mutuo Soccorso ETS

Via Brigata Liguria 105r – 16121 Genova

tel. 010.57211226 - fax 010.57211223 – www.mutualigure.it - segreteria@mutualigure.it

c.f.95164980104

- F04 Artroprotesi totale di ginocchio
- F01 Artroprotesi totale di gomito
- F21 Artroprotesi totale di polso
- F22 Artroprotesi totale di caviglia
- F05 Scoliosi, intervento per
- F23 Emimelia, intervento per (trattamento completo)
- F06 Interventi demolitivi per asportazione di neoplasie ossee o forme pseudotumorali grandi segmenti o articolazioni (escluse dita e ossa metacarpali/metatarsali)
- F10 Interventi di resezione di corpi vertebrali per neoplasie ossee o forme pseudotumorali della colonna vertebrale
- F11 Metastasi ossee, svuotamento ed armatura con sintesi e cemento
- F07 Emipelvectomia interna con salvataggio dell'arto
- F09 Amputazione di grandi segmenti di arti (escluse dita e ossa metacarpali/metatarsali)
- F12 Artrodesi vertebrale e stabilizzazioni vertebrali
- F13 Piede torto congenito, correzione chirurgica parti molli e/o ossee
- F14 Pott, intervento focale con o senza artrodesi vertebrale
- F15 Reimpianti di arto o suo segmento, escluso dita
- F16 Uncoforaminotomia o vertebrotomia,
- F17 Interventi per allungamento arti
- F18 Asportazione di neoplasie maligne dei muscoli
- F24 Melanoma cutaneo, svuotamento inguino-iliaco-otturatorio, ascellare ecc.
- F25 Frattura piatto tibiale, osteosintesi con placca
- F26 Frattura di femore, osteosintesi
- F27 Frattura di bacino, fissazione e/o osteosintesi
- F28 Correzione chirurgica Polidattilia del piede o della mano (malattia rara)

OTORINOLARINGOIATRIA

Orecchio

- G01 Atresia auris congenita
- G02 Antroatticotomia con trapanazione del labirinto
- G03 Timpanoplastica
- G04 Neurinoma dell'ottavo paio di nervi cranici
- G05 Neoplasie maligne dell'orecchio
- G08 Mastoidectomia radicale
- G12 Otosclerosi, intervento completo
- G13 Impianto cocleare
- G14 Neoplasie glomico timpano-giugulari
- G15 Neoplasie glomico timpano-mastoidei
- G16 Neoplasie glomico con estensione intracranica, extra-durale, intradurale
- G17 Miringoplastica superiore al tipo III: distruzione della membrana e della catena con conservazione di una staffa mobile, innesto su una staffa e protezione della finestra rotonda

Laringe e faringe

- G09 Laringectomia totale o parziale con o senza svuotamento laterocervicale
- G11 Laringofaringectomia totale o parziale

UROLOGIA

Rene e surrene

- H01 Nefrectomia radicale, con e senza surrenectomia per neoplasie
- H16 Nefrectomia semplice
- H22 Espianto di rene trapiantato
- H02 Nefroureterectomia radicale con eventuale linfadenectomia ed eventuale surrenectomia
- H03 Nefroureterectomia radicale con trattamento trombo-cavale ed eventuale surrenectomia
- H04 Surrenectomia
- H17 Tumore di Wilms

Uretere

- H05 Ureteroileoanastomosi mono-bilaterale
- H18 Ureteroenteroplastiche con tasche continenti, mono-bilaterale, intervento di

Vescica

- H07 Cistectomia totale con eventuale linfadenectomia e prostatovesciculetomia o ureteroannessiectomia con ileo o colobladder
- H20 Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
- H08 Cistectomia totale con eventuale linfadenectomia e prostatovesciculetomia o ureteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- H09 Cistectomia totale con eventuale linfadenectomia e prostatovesciculetomia o ureteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia o ureterocutaneostomia
- H10 Estrofia vescicale
- H19 Neovescica continente ortotopica

Prostata

- H11 Prostatectomia radicale con linfadenectomie

Uretra

- H12 Ipospadi e epispadi, trattamento completo con plastica

MUTUA LIGURE Società di Mutuo Soccorso ETS

Via Brigata Liguria 105r – 16121 Genova

tel. 010.57211226 - fax 010.57211223 – www.mutualigure.it - segreteria@mutualigure.it

c.f.95164980104

Apparato genitale maschile

H13 Pene, amputazione totale con linfadenectomia
H21 Pene, amputazione totale con creazione di neovagina
H14 Orchiectomia mono-bilaterale

OCULISTICA

I01 Trapianto corneale a tutto spessore
I02 Enucleazione globo oculare con impianto di protesi
I03 Osteo-odontocheratoprotesi (per tutte le fasi)
I04 Interventi per neoplasie primarie o secondarie del globo oculare
I05 Interventi per Cheratocono (malattia rara)
I06 Glaucoma congenito (malattia rara)

GRANDI USTIONI

L01 Grandi ustioni - trattamento chirurgico per

TRAPIANTO DI ORGANI

M01 Trapianto di organo singolo o multiplo
M02 Trapianto di midollo osseo (compreso autotrapianto)
M03 Omotrapianto ed autotrapianto di cellule staminali per affezioni ematologiche
M04 Prelievo organi per omotrapianto
M05 Prelievo midollo osseo per omotrapianto

MALATTIE RARE

M06 Malattie classificate "RARE" (come previsto da D.M. della Sanità 18 maggio 2001 n. 279) interventi conseguenti o correttivi di tali malattie

(Rev. Marzo 2022)