



**CARDEA**  
CASSA MUTUA

# **Sussidio Sanitario**

**Socio Aderente CIRCOLO**

**BIDIERRE e Associazioni**

**Nazionali Pensionati**

**- AFFINI e PARENTI**

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

<b>Sezione 1: Definizioni</b>	<b>3</b>
<b>Sezione 2: Norme generali che regolano il Sussidio</b>	<b>5</b>
<b>Sezione 3: Norme relative a tutte le prestazioni</b>	<b>7</b>
<b>Sezione 4.1: Prestazioni ospedaliere</b>	<b>11</b>
<b>Sezione 4.2: Prestazioni extraospedaliere</b>	<b>12</b>
<b>Sezione 5: Massimale annuo di Rimborsi erogabili</b>	<b>12</b>
<b>Sezione 6: Norme relative ai servizi aggiuntivi della Centrale Salute</b>	<b>12</b>
<b>Sezione 7: Modalità di erogazione delle prestazioni</b>	<b>14</b>

## Sezione 1: Definizioni

**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 del del 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 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 al Socio Aderente Titolare in caso di evento rimborsabile.

**Socio Aderente:** il Circolo Unicredit Banca di Roma o l'Associazione Nazionale dei Pensionati del settore creditizio, finanziario o assicurativo iscritta al FAP che ha aderito alla Convenzione con Cardea Cassa Mutua.

**Socio Aderente Titolare:** la persona fisica iscritta al Socio Aderente Titolare della copertura Sanitaria.

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

**Sussidio:** la prestazione oggetto del Regolamento attuativo.

**WinSalute srl:** Società incaricata da CARDEA di operare come Centrale Salute, ed a disposizione degli Assistiti, per tutto il corso di validità del presente Sussidio.

## Sezione 2: Norme Generali che regolano il Sussidio

### Art. 1 - Persone Iscritte

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore del Parente e/o Affine del Dipendente in servizio o in quiescenza iscritto al Circolo della Banca di Roma e/o alle Associazioni Nazionali dei Pensionati del settore creditizio, finanziario e assicurativo iscritte alla FAP.

È fatto obbligo della compilazione di un questionario anamnestico per i Parenti e/o Affini del Dipendente in servizio o in quiescenza, da inviare alla CARDEA unitamente alla domanda di adesione.

È fatto inoltre obbligo di adesione di tutti coloro che siano ricompresi nello Stato di Famiglia del parente e/o Affine di cui sopra.

Saranno esclusi, invece, i famigliari risultanti dallo Stato di famiglia che siano titolari di una ulteriore copertura sanitaria per il rimborso delle spese sanitarie in corso di validità e messa a disposizione agli stessi direttamente dal datore di lavoro.

### Art. 2 Validità del Sussidio

Qualora il presente Sussidio edil 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

Fatto salvo quanto diversamente previsto dalla Convenzione, il Sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di delibera del CDA della CARDEA, mediante la quale è stata accettata l'iscrizione della Società/Ente Socio Aderente (e dei suoi dipendenti in qualità di Soci Aderenti Titolari) alla CARDEA medesima a condizione che il contributo o la prima rata di contributo siano stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento, se successivo a tale data.

Se la Società/Ente Socio Aderente/Socio Aderente Titolare 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 immediatadel contratto.

Inoltre non possono essere assistite con il presente Sussidio le persone che, alla data di inserimento in assistenza, abbiano compiuto 75 (settantacinque) anni di età.

Qualora il compimento del settantacinquesimo anno di età sia occorso durante la validità del presente sussidio, quest'ultimo avrà decorrenza sino al 31 Dicembre dell'anno di riferimento.

#### **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.

**Sezione3: Norme relative a tutte le prestazioni (salvo non sia espressamente derogato)**

### **Art. 11 – Termini di Aspettativa (Carenze)**

Fermo quanto previsto all'Art. 4 delle Norme Generali, la decorrenza delle prestazioni indicate nel presente Sussidio, non prevedono periodi di carenza, qualora l'aderente provenga da precedente copertura sanitaria integrativa.

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 Pregresse**

Solo nei casi in cui l'Assistito provenga da precedente copertura sanitaria saranno incluse nella presente garanzia, 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.

### **Art. 13 - Esclusioni**

Fermo restando quanto previsto dal precedente art. 12 "Pregresse",nei casi in cui l'Assistito non provenga da precedente copertura sanitaria integrative sono escluse 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.

La garanzia, inoltre, non è operante per:

- 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. 14 - 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. 15 – 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. 16 - 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. 17- Durata del sussidio e tacito rinnovo**

Il presente sussidio ha durata di quattro anni decorrenti dal giorno di cui all'art. 4. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, ricevuta mediante lettera raccomandata spedita almeno 90 giorni prima della scadenza, la garanzia sarà automaticamente rinnovata per un ulteriore periodo di quattro anni e così successivamente, a fronte del relativo pagamento del relativo contributo dovuto.

**Art. 18 – 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.

## Sezione 4.1: PRESTAZIONI OSPEDALIERE

### **4.1.1 - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESI DAY HOSPITAL E DAY SURGERY), INTERVENTI AMBULATORIALI, PARTO CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E PARTO NATURALE**

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

#### **1) prima del ricovero nei 30 giorni precedenti il ricovero – in caso di ricovero con intervento chirurgico – nei 90 giorni in caso di ricovero senza intervento chirurgico**

- visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, compresi onorari medici, effettuati nei giorni precedenti il ricovero.

#### **2) durante Il ricovero nei limiti del massimale**

- 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, illimitata per le strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Salute – fino ad un sub massimale di € 250,00 al giorno nelle strutture sanitarie non convenzionate.

#### **3) Solo per i ricoveri con intervento chirurgico - 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;
- cure termali prescritte a seguito di intervento chirurgico (escluse le spese alberghiere).

Le spese di cui sopra saranno rimborsate da CARDEA, in caso di struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Salute, con applicazione a carico dell'Assistito del 10% , con un minimo non indennizzabile di € 1.000,00 per ogni evento, fermo restando il massimale annuo di cui al punto 5.1.1.

In caso invece di Struttura Sanitaria non Convenzionata con la Centrale Salute, le spese sostenute dall'Assistito saranno rimborsate da CARDEA con applicazione di una quota di spesa a suo carico del 20% con un minimo non rimborsabile di € 1.500,00 per ogni evento, nei limiti del massimale annuo di cui al punto 5.1.1.

Qualora le prestazioni per ricoveri fossero rese in Centri Convenzionati, ma da medici non convenzionati, si applicheranno le medesime modalità di rimborso sopra descritte per i Centri non Convenzionati.

a) In caso di ricovero a seguito di Parto Naturale le spese di cui sopra sostenute dall'Assistito – fatta eccezione per i numeri 1) e 3) e la retta di degenza di cui al numero 2) -saranno rimborsate da CARDEA nei limiti del sub massimale annuo di €2.600,00, fermo restando il massimale annuo di cui al punto 5.1.1.

b) In caso di ricovero per Parto Cesareo/ Aborto Terapeutico le spese sostenute dall'Assistito saranno rimborsate nei limiti del sub massimale annuo di €5.000,00.

## Sezione 4.2: PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

### 4.2.1 PROTESI ORTOPEDICHE

La CARDEA provvede al rimborso integrale nei confronti dell'Assistito delle spese sostenute dallo stesso per le protesi ortopediche **nei limiti del massimale annuo di € 1.035,00, fermo restando il massimale annuo di cui al punto 5.1.1.**

### 4.2.2.CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La CARDEA provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per prestazioni odontoiatriche rese necessarie a seguito di emergenza odontoiatrica da infortunio documentato da pronto soccorso o struttura sanitaria equivalente.

Il limite annuo garantito per il complesso delle prestazioni di cui sopra è pari ad **€ 1.500,00, fermo restando il massimale annuo di cui al punto 5.1.1.**

Unitamente alla richiesta di rimborso, l'Assistito dovrà presentare il piano di cure predisposto dallo studio odontoiatrico che provvederà alle stesse, dal quale risultino i denti trattati e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero; inoltre si dovrà indicare, se previsto, il periodo massimo di trattamento che il medico ritiene opportuno per la conclusione della cure sullo stesso dente.

Non saranno rimborsabili in ogni caso le cure protesiche così come le cure estetiche e la detartrasi, se non clinicamente necessarie e motivate e comunque strettamente correlate all'emergenza da infortunio che ha attivato la garanzia.

Per emergenza si intende la necessità di effettuare cure odontoiatriche nell'immediatezza dell'evento infortunio. Per la valutazione dell'immediatezza tra accadimento e inizio delle cure in emergenza, si considera il tempo compreso tra il giorno stesso dell'accadimento e i 60 giorni successivi, salvo valutare eventuali tempistiche diverse nello specifico caso e a insindacabile giudizio della CARDEA.

## SEZIONE 5: MASSIMALE ANNUO COMPLESSIVO

### 5.1.1.LIMITE MASSIMO ANNUO

Il garantito massimale annuo erogabile di sussidi per il complesso degli eventi indicati nelle Sezioni 4.1. "GARANZIE OSPEDALIERE", 4.2."GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE" è **pari alla somma complessiva annua di € 120.000,00.**

## SEZIONE 6: NORME RELATIVE AI SERVIZI AGGIUNTIVI DELLA CENTRALE SALUTE

### 6.1 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 sotto elencati a costi agevolati.

#### **6.1.1. 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.

#### **6.1.2. 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.

#### **6.1.3. 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.

## SEZIONE 7: MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

### 7.1 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 Winsalute S.r.l. con sede operativa in Formello (RM), Via di Santa Cornelia n. 9, che è incaricata dalla Cassa 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](mailto:centralesalute@cardea.org)**

**Fax: +39.06.92912534**

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

### 7.2 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](http://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](http://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 spese sostenute 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](http://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](http://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](http://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 Titolare 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.**

### 7.3 Documentazione da inviare per le richieste di indennizzo di cui al punto 7.2

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](http://www.cassamutuacardea.org)

Mail: [info@cassamutuacardea.org](mailto:info@cassamutuacardea.org)

Pec: [cardeacassamutua@pec.it](mailto:cardeacassamutua@pec.it)