

Articolo 12.1 (Prestazioni per persone con disabilità gravi)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari affetti da patologie che abbiano determinato uno stato invalidante con impossibilità alla deambulazione autonoma e/o con necessità di assistenza continuativa, nel rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni finalizzate al potenziamento delle abilità residue nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito:

1. terapie o prestazioni riabilitative (anche alternative o complementari purché validate scientificamente); 2. acquisto, noleggio e riparazione di protesi (ad eccezione dell'acquisto e riparazione di arti artificiali per cui è previsto il rimborso con gli articoli 6.2 e 6.3), ortesi e ausili tecnologici per la correzione o la compensazione di menomazioni o disabilità funzionali; 3. servizi di assistenza alla persona di rilevanza sanitaria forniti da cooperative sociali, enti riconosciuti, caregiver; 4. supporto psicologico; 5. rimborsi per modifiche strutturali dell'abitazione che migliorino l'autonomia della persona.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 90%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 6.000,00 euro per persona

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- copia del verbale di accertamento dello stato invalidante rilasciato dall'INPS
- La prestazione resa dal caregiver è rimborsabile su idonea documentazione della spesa sostenuta.

NON SONO RIMBORSABILI

- le prestazioni per i soci e i familiari a cui sia stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza permanente da parte dell'assicurazioni LTC della CMT

PRECISAZIONI

- i soggetti destinatari delle prestazioni di cui al presente articolo sono coloro i quali:
 1. beneficiano di indennità di accompagnamento o ai quali è stato riconosciuto lo stato di handicap in condizione di gravità, da parte dell'INPS
 2. beneficiano di assegno per assistenza personale e continuativa, riconosciuto dall'INAIL
- le prestazioni di cui al presente articolo, in considerazione della loro particolare valenza solidaristica, non rientrano nel calcolo del contributo per "familiari non a carico" previsto dall'art. 2 del Regolamento
- I beneficiari delle prestazioni di questo articolo non possono accedere alle prestazioni degli articoli 1.2 (Terapie e prestazioni sanitarie) – 1.3 (Visite e prestazioni sanitarie per minorenni) – 1.4 (Terapie medico chirurgiche, osteopatia e chiropratica) – 3.1 (Fisioterapia e cure termali) – 3.2 (Minori: fisioterapia, rieducazione posturale, terapie respiratorie o termali) – 6.1 (Ortesi e ausili ortopedici e terapeutici) – 9.3 (Ricovero senza intervento chirurgico).

Articolo 12.2 (Degenza diurna per persone con disabilità gravi)

La CMT interviene a sostegno dei soggetti disabili di cui all'articolo 12.1, nel caso in cui i medesimi trascorrono periodi di degenza diurna (anche in forma di day hospital) in ospedali, cliniche, strutture sociosanitarie o simili accreditati presso il SSN erogando un contributo per ogni giorno di permanenza nella struttura

CONTRIBUTO GIORNALIERO: 50,00 euro

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 6.000,00 euro per nucleo familiare

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- certificazione della struttura indicante i giorni di effettiva presenza
- autorizzazione del SSN all'erogazione di prestazioni riabilitative, comprensiva del piano di trattamento

NON SONO RIMBORSABILI

- le prestazioni per i soci e i familiari a cui sia stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza permanente da parte dell'assicurazioni LTC della CMT
- le prestazioni del presente articolo non sono rimborsabili con gli articoli 9.1 e 9.3

PRECISAZIONI

- i soggetti destinatari delle prestazioni di cui al presente articolo sono coloro i quali
 1. beneficiano di indennità di accompagnamento o ai quali è stato riconosciuto lo stato di handicap in condizione di gravità, da parte dell'INPS
 2. beneficiano di assegno per assistenza personale e continuativa, riconosciuto dall'INAIL
- le prestazioni di cui al presente articolo, in considerazione della loro particolare valenza solidaristica, non rientrano nel calcolo del contributo per "familiari non a carico" previsto dall'art. 2 del Regolamento

Articolo 12.3 (Assistenza straordinaria in attesa di riconoscimento di LTC permanente)

La Cassa interviene a sostegno dei soci che abbiano aperto il sinistro ai sensi delle polizze di *Copertura collettiva per stati di non autosufficienza* contratte dalla Cassa, quando dallo *Schema di accertamento* previsto dalla polizza risulti uno stato di non autosufficienza permanente.

Il riconoscimento del contributo è subordinato alla conferma dello stato di non autosufficienza permanente da parte dei medici legali della Cassa e decorre dal mese successivo a quello in cui avviene la delibera del Consiglio di amministrazione e cessa alla data di decorrenza della prima liquidazione da parte della compagnia.

DESTINATARI: esclusivamente i soci per cui sia attiva la copertura assicurativa LTC soci da parte della Cassa

CONTRIBUTO MENSILE: 1.500,00 euro

MASSIMALE DI RIMBORSO UNA TANTUM: 9.000,00 euro per socio in attesa del riconoscimento di LTC permanente

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- copia di tutta la documentazione inoltrata all'assicurazione per l'apertura del sinistro LTC, comprese le eventuali integrazioni richieste per la definizione dell'istruttoria

PRECISAZIONI

- il diritto alle prestazioni del presente articolo esclude il ricorso alle prestazioni degli articoli 12.1 e 12.2 del presente Piano.

Articolo 12.4 (Assistenza in caso di riconoscimento di LTC)

La CMT, ad integrazione della previsione contrattuale, interviene a sostegno dei soci e dei familiari (ad eccezione dei familiari riconosciuti in stato di LTC permanente dall'assicurazione prima dell'01/01/2025 per i quali è operativo esclusivamente l'articolo 12.5) per i quali sia stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza permanente ai sensi delle polizze di *Copertura collettiva per stati di non autosufficienza* contratte dalla CMT.

L'assistenza prevede il rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni finalizzate al potenziamento delle abilità residue nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito:

1. terapie o prestazioni riabilitative (anche alternative o complementari purché validate scientificamente); 2. acquisto, noleggio e riparazione di protesi (ad eccezione dell'acquisto e riparazione di arti artificiali per cui è previsto il rimborso con gli articoli 6.2 e 6.3), ortesi e ausili tecnologici per la correzione o la compensazione di menomazioni o disabilità funzionali; 3. servizi di assistenza alla persona di rilevanza sanitaria forniti da cooperative sociali, enti riconosciuti, caregiver; 4. supporto psicologico; 5. rimborsi per modifiche strutturali dell'abitazione che migliorino l'autonomia della persona.

DESTINATARI: esclusivamente i soci ed i familiari per cui siano attive le coperture assicurative LTC da parte della CMT

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 100%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 10.000,00 per beneficiario riconosciuto in stato di LTC permanente dalle Compagnie assicurative con cui CMT ha contratto la polizza per la *Copertura collettiva per stati di non autosufficienza*

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- **PRESCRIZIONI:** copia della lettera di riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente della Compagnia assicuratrice
- La prestazione resa dal caregiver è rimborsabile su presentazione di busta paga.

PRECISAZIONI

- I beneficiari delle prestazioni di questo articolo non possono accedere alle prestazioni degli articoli 1.2 (Terapie e prestazioni sanitarie) – 1.3 (Visite e prestazioni sanitarie per minorenni) – 1.4 (Terapie medico chirurgiche, osteopatia e chiropratica) – 3.1 (Fisioterapia e cure termali) – 3.2 (Minori: fisioterapia, rieducazione posturale, terapie respiratorie o termali) – 6.1 (Ortesi e ausili ortopedici e terapeutici) – 9.3 (Ricovero senza intervento chirurgico) – 12.1 (Prestazioni per persone con disabilità gravi) – 12.2 Degenza diurna per persone con disabilità gravi.

Articolo 12.5 (Assistenza in caso di LTC riconosciuta pre 2025)

La CMT, ad integrazione della previsione contrattuale, interviene a sostegno dei soci e dei familiari per i quali sia stato riconosciuto prima dell'01/01/2025 lo stato di non autosufficienza permanente ai sensi della polizza di *Copertura collettiva per stati di non autosufficienza* contratta con Intesa Sanpaolo RBM Salute.

L'assistenza prevede un contributo mensile di 1.000 euro per un totale di 12.000 euro annui da corrispondere su richiesta del socio, del familiare o da chi ne ha la tutela compilando una domanda con allegata l'autocertificazione di esistenza in vita in carta libera.

La domanda deve essere inoltrata il mese successivo per il riconoscimento di quello precedente (ad esempio: per l'indennizzo del mese di gennaio bisogna inoltrare la domanda nel mese di febbraio, per quello di febbraio bisogna inoltrare la domanda nel mese di marzo ...). I termini non sono perentori e in caso di ritardo potranno essere erogati più mesi in via posticipata (ad esempio: nel caso in cui non sia stata inoltrata la domanda per il mese di gennaio, sarà possibile inoltrare la domanda di gennaio e febbraio nel mese di marzo). Il limite ultimo per l'inoltro delle domande è il 31 gennaio dell'anno successivo a quello dell'indennizzo.

DESTINATARI: i soci e i familiari per cui sia stato riconosciuto prima dell'01/01/2025 lo stato di LTC permanente dalla Compagnia Intesa Sanpaolo RBM Salute

CONTRIBUTO MENSILE: € 1.000,00

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 12.000 per beneficiario

PRECISAZIONI

I familiari destinatari delle prestazioni di questo articolo non possono accedere alle prestazioni degli articoli 1.2 (Terapie e prestazioni sanitarie) – 1.3 (Visite e prestazioni sanitarie per minorenni) – 1.4 (Terapie medico chirurgiche, osteopatia e chiropratica) – 3.1 (Fisioterapia e cure termali) – 3.2 (Minori: fisioterapia, rieducazione posturale, terapie respiratorie o termali) – 6.1 (Ortesi e ausili ortopedici e terapeutici) – 9.3 (Ricovero senza intervento chirurgico) – 12.1 (Prestazioni per persone con disabilità gravi) – 12.2 Degenza diurna per persone con disabilità gravi – 12.4 Assistenza in caso di riconoscimento di LTC.

Coperture LTC 2025

Tipologia di copertura	Tipologia di rimborso	Soci (18-75)	Soci over 75	Familiari
Polizza A (ramo danni)	Indennizzo	6.000	6.000	6.000
Polizza B (ramo vita)	Indennizzo	12.000		
Art. 12.4 Piano sanitario CMT	Rimborso	10.000	10.000	10.000
<u>Totale copertura annua</u>		28.000	16.000	16.000