



CASSA MUTUA TOSCANA
BANCHE DI CREDITO COOPERATIVO
fondato nel 1986



PIANO SANITARIO

Cassa Mutua Toscana BCC

Modifiche approvate dal Consiglio di amministrazione
del 26/11/2025

DECORRENZA MODIFICHE 01/01/2026

Regole generali

ESCLUSIONI

Non sono rimborsabili:

1. le prestazioni **medico chirurgiche e la chirurgia plastica a carattere prevalentemente estetico** ~~e plastica e stomatologica di carattere estetico~~, ad eccezione:
 - a. **di quelle degli interventi effettuati** sui minori di 12 (dodici) anni
 - b. delle forme ricostruttive rese necessarie da infortunio o da intervento chirurgico non di tipo estetico
2. le prestazioni conseguenti ad interventi di cui al punto 1 che abbiano prodotto ulteriori danni
- ~~3. le visite o le prestazioni ad esclusiva finalità estetica~~
4. **i check-up o pacchetti di prevenzione** standardizzati (eccetto quelli promossi da CMT), individuati unicamente da generici riferimenti a sesso ed età e **non motivati da prescrizione medica personalizzata o da uno specifico fattore di rischio clinico.**
5. la cura delle conseguenze di infortuni sofferti a causa di proprie azioni dolose
6. le prestazioni che non siano rese da medici chirurghi o dai professionisti sanitari esplicitamente previsti dal Piano sanitario
7. le prestazioni rese da medici chirurghi o dai professionisti sanitari non iscritti ai rispettivi ordini professionali
8. i ricoveri e le prestazioni avvenuti in Beauty Farm, alberghi, centri estetici, palestre (salvo quanto previsto per i minori), piscine (salvo quanto previsto a favore delle persone non autosufficienti), centri sportivi (anche se gestiti da medici)
9. le spese riguardanti il comfort alberghiero o accessori
10. qualsiasi tipo di medicinale o vaccinazione
- 11. Oneri accessori:** Iva, bolli, contributi previdenziali
12. le prestazioni sanitarie non conformi alla legge nazionale e alle linee guida emanate dal Ministero della Salute o a protocolli scientificamente validati

Regole generali

PRECISAZIONI

La Cassa riconosce il rimborso delle prestazioni previste dal Piano sanitario effettuate all'estero solo se in presenza di una patologia certificata.
Gli interventi chirurgici devono essere preventivamente comunicati e autorizzati dalla Cassa mediante presentazione di un preventivo di spesa ed una relazione medica dettagliata che descriva la patologia e la tipologia di intervento proposto.
La copertura non si estende alle prestazioni sanitarie effettuate nell'ambito di viaggi o soggiorni temporanei all'estero, né ai soggetti con residenza stabile o trasferimento permanente fuori dal territorio nazionale.
La documentazione in lingua straniera dovrà essere accompagnata da traduzione integrale in italiano

ABBREVIAZIONI

- CMT: Cassa Mutua Toscana BCC
- SSN: Servizio Sanitario Nazionale (~~anche I.R.C.C.S.~~)
- P.M.A.: Procreazione medicalmente assistita

DOCUMENTI DA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- i documenti di spesa (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlati ecc.) devono essere fiscalmente validi ed intestati al beneficiario della prestazione. Nella descrizione del documento deve essere indicata la prestazione sanitaria eseguita
- per imputare i ticket ai relativi articoli del presente Piano sanitario, oltre ai documenti di spesa, è necessario presentare alternativamente: a) l'accettazione; b) la prescrizione; c) qualsiasi altro documento da cui risulti la tipologia di prestazione effettuata
- **Cassa Mutua ha la facoltà di richiedere tutta la documentazione necessaria per effettuare i rimborsi, anche se non specificamente prevista nei singoli articoli del Piano Sanitario.**

Articolo 1.1 (Visite specialistiche)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute per:

- a) visite mediche e/o medico specialistiche effettuate presso il SSN o in regime di convenzione per la parte di compartecipazione alla spesa pubblica ([ticket](#))
- b) visite mediche e/o medico specialistiche presso studi medici, strutture sanitarie private o presso il SSN in regime di intramoenia

a) **PERCENTUALE DI RIMBORSO TICKET: 100%**

b) **PERCENTUALE DI RIMBORSO: 70%**

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.000,00 euro per nucleo familiare*

*le prestazioni degli articoli 1.1 e 1.2 hanno in comune un unico massimale di € 2.000,00

Precisazioni

- gli accertamenti diagnostici strumentali eseguiti dal medico chirurgo durante la visita specialistica per cui non sia indicato in fattura il dettaglio del costo sono rimborsati con il presente articolo
- **qualora il medico sia titolare di più specializzazioni, è obbligatorio che la fattura indichi in maniera esplicita la natura della visita**

Esclusioni

- le visite e le perizie medico-legali
- **le visite finalizzate al rilascio di qualsiasi tipologia di certificati referti e cartelle cliniche**
- **Il rimborso delle spese per il rilascio di referti e cartelle cliniche**
- le visite e prestazioni sanitarie del medico sportivo (rimborsate con l'articolo 1.4)
- **le visite mediche di omeopatia e fitoterapia (rimborsate con l'articolo 1.4)**

Articolo 1.2 (Terapie e prestazioni sanitarie)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute per:

- a) prestazioni sanitarie effettuate da: 1) podologo; 2) logopedista; 3) dietista o biologo nutrizionista; 4) infermiere; 5) ostetrica; 6) ortottista; 7) tecnico ortopedico; 8) tecnico audioprotesista
- b) psicoterapia effettuata da psichiatra, psicoterapeuta o psicologo-psicoterapeuta
- c) **colloqui psicologici**

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 70%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.000,00 euro per nucleo familiare*

- b) **SOTTO MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO:** 1.000,00 euro per nucleo familiare
- c) **SOTTO MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO:** 100,00 euro per nucleo familiare

*le prestazioni degli articoli 1.1 e 1.2 hanno in comune un unico massimale di € 2.000,00

Articolo 1.2 (Terapie e prestazioni sanitarie)

DOCUMENTI DA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- PUNTO B A: in caso di la psicoterapia effettuata da uno psicologo psicoterapeuta, **è rimborsabile solo se necessario che il disturbo psicologico sia è diagnosticato dal SSN (non medico di medicina generale)** o, in alternativa, da un medico chirurgo specializzato in psichiatria (psichiatra) con **l'esplicita** indicazione del percorso terapeutico (psicoterapia). La prescrizione dello psichiatra in libera professione ha valore di 24 mesi, trascorsi i quali dovrà essere rinnovata per poter continuare ad ottenere i rimborsi. I certificati presentati prima del 30/06/2023 avranno validità fino al 30/06/2025. Le fatture devono riportare nella descrizione la dicitura psicoterapia.

PRECISAZIONI

- l'elenco delle professioni sanitarie rimborsabili è tassativo
- **VALIDITÀ PRESCRIZIONI PUNTO B:**
 - ✓ **prescrizioni rilasciate da strutture del SSN: non è prevista una scadenza.**
 - ✓ **prescrizioni rilasciate da medico psichiatra: validità di 24 mesi**

Articolo 1.3 (Visite e prestazioni sanitarie per minorenni)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute per le visite e le prestazioni sanitarie di:

1) psichiatra; 2) psicologo; 3) logopedista; 4) pedagogista; 5) **terapista occupazionale** 6) psicomotricista; 7) tecnico della riabilitazione psichiatrica; 8) educatore professionale; 9) medico sportivo.

Sono rimborsabili nel presente articolo anche le spese sostenute per il rilascio di certificazioni mediche

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 1.400,00 euro per **nucleo familiare** **beneficiario**

PRECISAZIONI

- le prestazioni dello psichiatra, dello psicologo e del logopedista per i minorenni sono rimborsate esclusivamente con il presente articolo
- l'elenco delle professioni sanitarie rimborsabili è tassativo
- nel caso di fatture emesse da associazioni o cooperative deve essere indicato il nominativo e la professione di chi ha effettivamente prestato il sostegno al minore
- i documenti di spesa devono essere intestati al minore

ESCLUSIONI

- **le prestazioni di sostegno alla genitorialità, anche nel caso in cui le fatture siano intestate ai minori, sono rimborsate con l'articolo 1.2.c**

Articolo 1.4 (~~Terapie medico-chirurgiche, osteopatia e chiropratica~~ Prestazioni ambulatoriali e medicina alternativa)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute per:

- a) **Prestazioni mediche ambulatoriali non chirurgiche per la cura di patologie**
- b) **prestazioni effettuate da medico specialista in medicina dello sport, se necessarie per la valutazione clinica dell'assistito e correlate alla prevenzione, alla diagnosi o al trattamento di patologie, con esclusione delle prestazioni finalizzate esclusivamente al rilascio di certificazioni per attività sportiva**
- c) **visite e prestazioni di ozonoterapia, infiltrazioni, agopuntura, omeopatia, fitoterapia, ozonoterapia eseguite da medico chirurgo**
- d) **terapie medico-chirurgiche: dermatologiche, fleboleggiche, medicazioni, agopuntura**
- e) **Infiltrazioni**
- d) **osteopatia e chiropratica effettuata da medico chirurgo, fisioterapista e Osteopata che abbia conseguito il titolo di Doctor of Osteopathic e/o iscritto al R.O.I.**
- e) **chiropratica effettuata da medico chirurgo, fisioterapista e Chiropratico D.O. e/o iscritto all'A.I.C.**

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 70% 50%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 500,00 300,00 euro per nucleo familiare

b) SOTTO MASSIMALE: € 60,00 per singola infiltrazione

PRECISAZIONI

- punto a:
 - ✓ in fattura deve essere indicata in modo esplicito la terapia effettuata e la patologia
 - ✓ **rientrano in questo ambito le medicazioni chirurgiche, la rimozione dei punti di sutura**
- per tutte le terapie deve essere indicata la patologia in fattura o in apposita relazione del chirurgo

ESCLUSIONI

- le visite e le perizie medico-legali
- **le visite finalizzate al rilascio di qualsiasi tipologia di certificati, referti e cartelle cliniche**

Articolo 2.1 (Analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, ticket)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute per:

- a) esami di laboratorio e accertamenti diagnostici effettuati presso il SSN per la parte di compartecipazione alla spesa pubblica ([ticket](#))
- b) accertamenti diagnostici strumentali eseguiti dal medico chirurgo anche durante la visita (es.: ecografie, ecocolordoppler, dermatoscopia, epiluminescenza, oct ecc.), effettuati presso studi medici, strutture sanitarie private o presso il SSN in regime di intramoenia
- c) analisi di laboratorio, test diagnostici, accertamenti diagnostici diversi da quelli del punto b) e dell'articolo 2.2 (Alta diagnostica), effettuati presso studi medici, strutture sanitarie private o presso il SSN in regime di intramoenia

a) **PERCENTUALE DI RIMBORSO TICKET: 100%**

b) **PERCENTUALE DI RIMBORSO: 70%**

c) **PERCENTUALE DI RIMBORSO: 70% con prescrizione medica allegata**

c) **PERCENTUALE DI RIMBORSO: 50% senza prescrizione medica allegata**

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.200,00 euro per nucleo familiare*

*le prestazioni degli articoli 2.1 e 2.2 hanno in comune un unico massimale di € 2.200,00

SOTTO MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO PER ESAMI COVID-19: 100,00 euro per nucleo familiare

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- gli esami relativi al **Covid-19** sono rimborsabili **esclusivamente** con prescrizione medica non antecedente 10 giorni dalla prestazione

PRECISAZIONI

- la prescrizione è obbligatoria per il rimborso degli esami eseguiti presso le farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il SSN, pena il mancato rimborso
- **In fattura o documento allegato deve essere riportato l'elenco degli esami effettuati in modo che sia possibile verificare la corrispondenza con la prescrizione**

Articolo 2.2 (Alta diagnostica)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute per:

- a) angiografie
- b) risonanze magnetiche (RM)
- c) tomografie computerizzate (TAC)
- d) tomografie ad emissione di positroni (PET)
- e) scintigrafie
- f) esami endoscopici

PERCENTUALE DI RIMBORSO TICKET: 100%

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75% con prescrizione medica allegata

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 50% senza prescrizione medica allegata

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.200,00 euro per nucleo familiare*

*le prestazioni degli articoli 2.1 e 2.2 hanno in comune un unico massimale di € 2.200,00

PRECISAZIONI

- se durante un esame endoscopico viene effettuata anche una biopsia, l'esame è rimborsato con l'articolo 8.1 biopsie
- gli esami endoscopici effettuati in regime privatistico sono rimborsati al 75% anche in assenza di prescrizione
- **in fattura o documento allegato devono essere indicati gli esami diagnostici effettuati**

Articolo 3.2 (Minori: fisioterapia, rieducazione posturale, terapie respiratorie o termali)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari minorenni rimborsando le spese sostenute, in conseguenza di patologie o disfunzioni congenite o acquisite in ambito neuromuscoloscheletrico o dell'apparato respiratorio, per le seguenti terapie fisico riabilitative:

- a) le prestazioni previste dall'art. 3.1
- b) ginnastica correttiva o rieducazione posturale su soggetti affetti da paramorfismo, effettuata da terapisti della riabilitazione, chinesiologi o laureati in Scienze Motorie, anche in palestre
- c) fisioterapia respiratoria o terapie idrotermali

PERCENTUALE DI RIMBORSO TICKET: 100%

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 1.000,00 euro per nucleo familiare

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- PUNTO b): prescrizione rilasciata da specialista (ortopedico o fisiatra), nella quale si faccia riferimento al paramorfismo
- PUNTO c): prescrizione del pediatra o dello specialista nella branca di pertinenza

PRECISAZIONI

- ai fini del rimborso dovrà essere riscontrata congruenza tra quanto prescritto e quanto indicato in fattura
- per le medesime prestazioni i minorenni non potranno usufruire dei rimborsi previsti da altri articoli del Piano sanitario

NON SONO RIMBORSABILI

- le prestazioni, effettuate presso centri sportivi, piscine, palestre e simili anche se di questi sia responsabile/titolare un medico o un fisioterapista ad esclusione delle prestazioni riabilitative del punto b
- **Punto c) le prestazioni devono essere erogate da professionisti sanitari abilitati alle terapie respiratorie ed effettuate presso strutture sanitarie autorizzate.**

Articolo 4.1 (Cure odontoiatriche)



La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute per tutte le prestazioni effettuate dall'odontoiatra o medico dentista o igienista dentale, ivi comprese le visite specialistiche e gli interventi chirurgici, salvo quanto indicato nelle precisazioni del presente articolo

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 90%

MASSIMALE DI RIMBORSO VITALIZIO: incremento annuo di 200,00 euro per nucleo familiare*. Il massimale maturato e non utilizzato rimane a disposizione del Socio per tutta la vita associativa, salvo il venir meno in caso di cessazione del rapporto associativo

Precisazioni

- le prestazioni effettuate dall'odontoiatra o medico dentista o igienista dentale non rientranti nel presente articolo sono:
 1. ticket odontoiatrici (art. 1.1)
 2. diagnostica strumentale per patologie odontoiatriche o parodontali (art. 2.1)
 3. cure ortodontiche per minori (art. 4.2)
 4. acquisto bite (art. 4.3)
 5. igiene orale in convenzione (art. 4.4)
 6. **cure dentarie avanzate (art. 4.5)**
 7. estrazione di ottavi e di denti totalmente inclusi (art. 8.1)
 8. intervento chirurgico di rialzo del seno mascellare (art. 8.3)
- nel caso in cui l'odontoiatra sia in possesso di un'altra specializzazione dovrà specificare in modo dettagliato nella descrizione della fattura la natura della prestazione, in mancanza della quale la prestazione sarà imputata al presente articolo
- la CMT ha la facoltà di richiedere ulteriori approfondimenti e l'esibizione di eventuali referti di esami strumentali propedeutici alla visita

* Per i soci di ICCREA e delle società del Perimetro Diretto l'incremento annuo è sospeso per l'intero periodo in cui saranno attive le prestazioni dell'articolo 4.5
cure dentarie avanzate, in assenza di contributo aziendale.

Articolo 4.5 (Cure odontoiatriche avanzate)

La CMT interviene a sostegno dei soci e dei loro coniugi o conviventi more uxorio, per i quali le aziende versano il contributo integrativo dedicato, rimborsando le spese sostenute esclusivamente per le seguenti cure dentarie: protesi, ortognatodonzia, chirurgia, **e implantologia**, **endodontia**.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: € 5.000,00

QUOTA MINIMA A CARICO DEL SOCIO: € 400,00 sulla spesa sostenuta, indicata nella scheda odontoiatrica

Precisazioni

- L'accesso alle prestazioni del presente articolo è subordinato al contributo di 250 euro previsto dai Regolamenti adottati dalle singole aziende o da specifica **delibera del Consiglio di Amministrazione.** **In assenza del contributo datoriale per i soci di ICCREA, BCC Sistemi Informatici, Numia e BCC Sinergia la copertura è garantita con la sospensione dell'incremento annuo previsto dall'articolo 4.1 cure dentarie per l'intero periodo in cui saranno attive le prestazioni dell'articolo 4.5 cure dentarie avanzate.**

DEFINIZIONE DELLE PRESTAZIONI

CURE PROTESICHE: tutti gli interventi finalizzati a ripristinare la funzione masticatoria e l'estetica dentale attraverso la sostituzione di denti mancanti o danneggiati con dispositivi protesici (es.: corone dentali, ponti dentali, protesi mobili, protesi su impianti, faccette dentali)

CURE ORTODONTICHE: trattamento delle malocclusioni e delle disarmonie dentali e scheletriche in pazienti che hanno già completato la crescita ossea

CURE CHIRURGICHE: interventi chirurgici effettuati all'interno del cavo orale per risolvere problemi dentali, parodontali o ossei che non possono essere trattati con procedure conservative (estrazioni dentali complesse, chirurgia parodontale, apicectomia, rigenerazione ossea)

CURE IMPLANTOLOGICHE: interventi che prevedono l'utilizzo di impianti dentali (radici artificiali, generalmente in titanio o zirconia) per sostituire radici dentarie mancanti

CURE ENDODONTICHE: trattamento delle patologie, della polpa dentaria e dei tessuti periradicolari

Articolo 4.5 (Cure odontoiatriche avanzate)

INTERAZIONE CON ARTICOLO 4.1 PIANO SANITARIO

- Se il costo del piano per le cure dentarie è inferiore a 400 euro, il rimborso sarà effettuato secondo l'articolo 4.1.
- Anche se il costo supera i 400 euro, è possibile richiedere il rimborso con l'articolo 4.1 se risulta più vantaggioso rispetto all'articolo 4.5.
- Una volta ottenuto il rimborso tramite l'articolo 4.1, non sarà più possibile richiederlo per la parte non rimborsata con l'articolo 4.5.
- Il meccanismo dell'articolo 4.5 prevede che la parte non rimborsata, ad eccezione della quota minima di 400 euro che deve rimanere a carico del socio, sia automaticamente rimborsata con l'articolo 4.1 in modo da ottimizzare le risorse a favore del socio.
- Per aiutare il socio ad effettuare la scelta tra gli articoli 4.1 e 4.5, il sistema mostrerà automaticamente, al momento dell'inserimento della domanda, una simulazione dei rimborси previsti per entrambe le opzioni.

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- **Scheda odontoiatrica** di Cassa Mutua compilata e firmata dal dentista
- **Preventivo di spesa** nel caso in cui il pagamento della cura sia frazionato in più fatture
- **Protesi**: certificato di conformità della protesi dentale (se prodotta dallo studio: autocertificazione del manufatto con talloncino o certificato del produttore del materiale), dichiarazione prestazione effettuata, degli elementi dentali trattati, dei materiali utilizzati;
- **Ortognatodonzia**: certificato di conformità dell'apparecchio ortodontico o certificazione dell'odontoiatra, piano di trattamento ortodontico, foto delle arcate con i brackets e gli archi;
- **Chirurgia**: registro operatorio
- **Implantologia**: Certificato di conformità dell'impianto dentale, Piano di trattamento implantologico, Foto intraorali pre – post trattamento

Articolo 5.1 (Lenti da vista)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute per l'acquisto dei seguenti presidi per la correzione di miopia, ipermetropia, astigmatismo e presbiopia:

- a) LENTI GRADUATE PER OCCHIALI
- b) OCCHIALI ECONOMICI PREMONTATI PER PRESBIOPIA SEMPLICE
- c) LENTI A CONTATTO (LAC) SEMESTRALI O DI DURATA SUPERIORE
- d) LENTI A CONTATTO (LAC) DI DURATA INFERIORE A SEI MESI (GIORNALIERE, SETTIMANALI, MENSILI E TRIMESTRALI)

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 430,00 euro per nucleo familiare

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- per ogni beneficiario, in occasione della prima richiesta di rimborso di una delle prestazioni di questo articolo è necessario presentare anche la misurazione della vista di un medico chirurgo oculista. Per le successive richieste sarà sufficiente la misurazione di un ottico salvo diversa richiesta della CMT per approfondimenti

PRECISAZIONI GENERALI SULL'ARTICOLO

- il massimale di 430 euro per nucleo familiare è il rimborso massimo che il nucleo familiare può ottenere in un anno per tutti gli acquisti di lenti previsti da questo articolo.
Ogni tipo di lente ha un sotto-massimale oltre il quale non è possibile effettuare rimborsi. Ad esempio le LAC di breve durata hanno un massimale annuo di 250 euro per tutto il nucleo familiare. Nel caso in cui venga utilizzato tutto il massimale delle LAC di breve durata (€ 250), il residuo complessivo dell'articolo per le altre tipologie di rimborso sarà di 180 euro

SEGUE

a) LENTI GRADUATE PER OCCHIALI

SOTTO-MASSIMALI:

1. ipermetropia, miopia, astigmatismo fino a 2 diottrie e per quelli di presbiopia semplice: **105,00 euro** (52,50 euro per singola lente oftalmica)
2. ipermetropia, miopia, astigmatismo superiore alle 2 diottrie: **157,50 euro** (78,75 euro per singola lente oftalmica)
3. lenti oftalmiche progressive: **430,00 euro** (215,00 euro per singola lente oftalmica)
4. le lenti occupazionali (visione a media distanza che integrano la correzione della presbiopia semplice) progressive per sola presbiopia: **157,50 euro** (78,75 euro per singola lente oftalmica)

PRECISAZIONI

- ogni beneficiario può ottenere il rimborso di un paio di lenti graduate ogni 24 mesi dall'ultimo rimborso erogato (prendendo a riferimento la data del documento di spesa presentato). Il limite temporale dei 24 mesi non opera:
 - a) per i minori di 14 anni
 - b) nel caso in cui si sia in presenza di un nuovo difetto visivo rispetto all'ultimo acquisto rimborsato
 - b) per i minori di 18 anni nel caso di variazione della capacità visiva (visus), rispetto all'ultimo acquisto rimborsato, pari o superiore a:
 - ½ (0,50) diottria per miopia
 - ¾ (0,75) diottria per ipermetropia, astigmatismo e presbiopia
 - c) nel caso di un operazione chirurgica che comporti una variazione del visus pari o superiore ad 1 diottria ad almeno uno dei due occhi
- la variazione sarà calcolata sulla base del potere correttivo delle lenti
- BONUS: per una sola volta per nucleo familiare nell'arco della vita associativa, su richiesta del Socio, sarà possibile derogare al limite temporale dei 24 mesi (deroga unica per gli articoli 5.1 e 5.2 del presente Piano)



a) LENTI GRADUATE PER OCCHIALI

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- Nella fattura o nello scontrino fiscale “parlante” deve essere distinto il costo delle lenti da quello della montatura. L’acquisto delle sole lenti senza montatura deve essere indicato esplicitamente in fattura o nella dichiarazione di conformità
- certificato di conformità in cui siano indicati marca, modello, materiale e potere correttivo delle lenti. Se uno di questi elementi non è indicato nella dichiarazione di conformità è necessario presentare anche il ‘Modulo per le lenti correttive’ (<https://www.mutuabcc.it/modulistica/>) compilato, timbrato e firmato dall’ottico
- **in caso di variazioni del visus dovute ad intervento chirurgico è necessario presentare copia del registro operatorio dell’intervento stesso da cui risulti il difetto visivo pre e post intervento**

SEGUE 

b) OCCCHIALI PREMONTATI

SOTTO-MASSIMALE:

- 30,00 euro annui per singolo beneficiario

c) LAC SEMESTRALI O DI DURATA SUPERIORE

SOTTO-MASSIMALE:

- 310,00 euro annui per nucleo familiare

d) LAC DI DURATA INFERIORE AI SEI MESI

SOTTO-MASSIMALE:

- 250,00 euro annui per nucleo familiare

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO PUNTI C) E D)

- Certificato di conformità o il 'Modulo per le lenti correttive' (<https://www.mutuabcc.it/modulistica/>) pubblicato sul Portale della CMT compilata, timbrata e firmata dall'ottico in cui siano indicati marca, modello, materiale e potere correttivo delle lenti

Articolo 5.2 (Lenti da vista per ametropie elevate)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute per l'acquisto di lenti per occhiali da vista per la correzione di:

- a) MIopia pari o superiore a 6 diottrie
- b) IPERMETROPIA pari o superiore a 4 diottrie
- c) ASTIGMATISMO pari o superiore a 3 diottrie
- d) PATOLOGIE PER CUI È NECESSARIO L'UTILIZZO DI LENTI PRISMATICHE

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 500,00 euro per beneficiario

PRECISAZIONI

Ogni beneficiario può ottenere il rimborso di un paio di lenti graduate ogni 18 mesi dall'ultimo rimborso erogato (prendendo a riferimento la data delle fatture o scontrini parlanti). Il limite temporale dei 18 mesi non opera:

1. per i minori di 14 anni
 2. ~~nel caso in cui si sia in presenza di un nuovo difetto visivo rispetto all'ultimo acquisto rimborsato~~
 3. **per i minori di 18 anni** nel caso di variazione della capacità visiva (visus), rispetto all'ultimo acquisto rimborsato, pari o superiore a $\frac{1}{2}$ (**0,50**) diottria
- la variazione sarà calcolata sulla base del potere correttivo delle lenti
- **BONUS:** per una sola volta per nucleo familiare nell'arco della vita associativa, su richiesta del Socio, sarà possibile derogare al limite temporale dei 18 mesi (deroga unica per gli articoli 5.1 e 5.2 del presente Piano)

SEGUE

Articolo 5.2 (Lenti da vista per ametropie elevate)



COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- per ogni beneficiario, in occasione della prima richiesta di rimborso è necessario presentare anche la misurazione della vista di un medico chirurgo oculista. Per le successive richieste sarà sufficiente la misurazione di un ottico salvo diversa richiesta della CMT per approfondimenti
- nella fattura o nello scontrino fiscale "parlante" deve essere indicato il costo delle lenti separato da quello della montatura. L'acquisto delle sole lenti senza montatura deve essere indicato esplicitamente in fattura o nella dichiarazione di conformità
- certificato di conformità in cui siano indicati marca, modello, materiale e potere correttivo delle lenti. Se uno di questi elementi non è indicato nella dichiarazione di conformità è necessario presentare anche la 'Scheda per lenti da vista' della CMT (<https://mutuabcc.it/modulistica/>) compilata, timbrata e firmata dall'ottico
- **in caso di variazioni del visus dovute ad intervento chirurgico è necessario presentare copia del registro operatorio dell'intervento stesso da cui risultino il difetto visivo pre e post intervento**

Articolo 6.1 (Ortesi e ausili ortopedici e terapeutici)

La CMT interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute, in seguito a traumi, interventi chirurgici o patologie ortopediche/neurologiche, per l'acquisto e il noleggio di:

ortesi o tutori ortopedici: dispositivi medici che hanno lo scopo di sostenere, immobilizzare, correggere o assistere un segmento corporeo come:

- Tutori articolari (ginocchio, caviglia, polso, gomito, spalla)
- Corsetti ortopedici e busti lombari;
- Collari cervicali;
- Plantari ortopedici su misura.

Cosa presentare per il rimborso

Prescrizione del medico di famiglia, oppure specialista fisiatra, ortopedico, neurologo o di struttura sanitaria pubblica.

ausili ortopedici e antidecubito: strumenti che favoriscono la mobilità, l'autonomia personale o la prevenzione delle complesanze (es. piaghe da decubito), senza funzione di correzione o immobilizzazione come:

- ausili per la deambulazione: stampelle, bastoni, tripodi, deambulatori
- carrozzine (manuali e pieghevoli)
- letti ortopedici a manovella o elettrici
- sollevatori e sistemi di trasferimento del paziente
- materassi antidecubito (solo a noleggio)
- cuscini antidecubito (a pressione alternata, in gel o ad aria)

Cosa presentare per il rimborso

Prescrizione dello specialista fisiatra, di ortopedico, neurologo o di struttura sanitaria pubblica.

Non sono rimborsabili

Qualunque tipo di materasso e cuscino ortopedico

Articolo 6.1 (Ortesi e ausili ortopedici e terapeutici)



Apparecchi per magnetoterapia: dispositivi medici, apparecchi da utilizzare in modo quotidiano e continuativo per la riabilitazione o il trattamento di patologie croniche

Cosa presentare per il rimborso

Prescrizione dello specialista fisiatra o ortopedico neurologo con diagnosi e indicazione ad un utilizzo continuativo di almeno 4 ore al giorno.

Dispositivi per la terapia respiratoria: apparecchi a ventilazione positiva per sindrome delle apnee notturne

Cosa presentare per il rimborso

Referito dell'esame polisonnografico con prescrizione dello specialista all'utilizzo dell'apparecchio

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 600,00 euro per nucleo familiare

Articolo 6.2 (Protesi acustiche ~~ed oculari~~)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute per l'acquisto o la riparazione di protesi acustiche ~~ed oculari~~, dedotte dagli eventuali contributi previsti dal SSN

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 4.000,00 euro per nucleo familiare

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- prescrizione rilasciata dallo **specialista in cui sia riportato il grado di ipoacusia e dal medico di famiglia**
- ~~dichiarazione se sia stato ottenuto il contributo del SSN e in quale misura~~
- **Documentazione attestante il riconoscimento di un contributo da parte del SSN, da allegare alla domanda di rimborso. In assenza del contributo, è necessario allegare alla domanda di rimborso un'autodichiarazione indicante una delle seguenti motivazioni**
 - **assenza di diritto al contributo del SSN**
 - **scelta di non attivare la richiesta al SSN**

NON SONO RIMBORSABILI

- acquisto di batterie

Articolo 6.3 (Acquisto arti artificiali **e protesi oculari**)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute per l'acquisto di arti artificiali **e protesi oculari**, dedotto l'eventuale contributo erogabile dal SSN

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 30.000,00 euro per nucleo familiare

SOTTO MASSIMALE ANNUO protesi oculare: 4.000,00 euro per nucleo familiare

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- **Documentazione medica rilasciata da struttura pubblica (SSN), attestante l'assenza permanente dell'organo o della funzione e la conseguente necessità dell'organo artificiale o del dispositivo sostitutivo.**
La documentazione sopra descritta deve essere presentata esclusivamente in occasione della prima richiesta di rimborso per ciascuna tipologia di protesi.
- **Documentazione attestante il riconoscimento di un contributo da parte del SSN, da allegare alla domanda di rimborso. In assenza del contributo, è necessario allegare alla domanda di rimborso un'autodichiarazione indicante una delle seguenti motivazioni:**
 - assenza di diritto al contributo del SSN**
 - scelta di non attivare la richiesta al SSN**
 - prescrizione rilasciata da specialista ortopedico o dal SSN**
 - dichiarazione se sia stato ottenuto il contributo del SSN e in quale misura**
 - per ogni beneficiario il presente contributo, riferito al medesimo arto, potrà essere nuovamente corrisposto solo dopo 60 mesi dall'ultimo rimborso erogato (prendendo a riferimento la data della fattura)**

Articolo 7.1 (Gravidanza)

La CMT interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute per visite medico-specialistiche ginecologiche nonché **NIPT (Non Invasive Prenatal Testing)** **test genetici**, esami ecografici, amniocentesi o villocentesi

PERCENTUALE DI RIMBORSO TICKET: 100%

PERCENTUALE DI RIMBORSO: **75% 80%**

MASSIMALE DI RIMBORSO: **1.500,00 2.000,00 euro per gravidanza**

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- certificato di gravidanza con la data presunta del parto e delle ultime mestruazioni

Articolo 7.2 (Parto naturale)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese di assistenza sanitaria sostenute per il parto naturale presso clinica o struttura sanitaria privata.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.000,00 euro per nucleo familiare

Precisazioni

Le spese per rette di degenza ed ogni altra spesa non sanitaria di competenza della struttura saranno rimborsate nella misura di quanto previsto dagli articoli 9.1 e 9.2.

Articolo 7.4 (Procreazione Medicalmente Assistita)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute in ospedali, cliniche o simili per le procedure di P.M.A. **Le procedure ammesse al rimborso sono:**

- **Inseminazione intrauterina**
- **Inseminazione intracervice**
- **fertilizzazione in vitro (FIVET)**
- **iniezione intracitoplasmatica (ICSI)**
- **Transfer embrionale fresco o criconservato**

Sono ammesse anche le procedure eterologhe.

Sono ammesse al rimborso anche: 1. diagnosi genetica preimplanto; 2. monitoraggio embrionale time-lapse; 3. prelievo chirurgico degli spermatozoi; 4. supporto luteale; 5. biopsia embrionale per screening genetico.

PERCENTUALE DI RIMBORSO TICKET: 100%

PERCENTUALE DI RIMBORSO: **75% 80%**

MASSIMALE DI RIMBORSO: **2.000,00 4.000,00** euro per **nucleo familiare** singola procedura

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- Ai fini del rimborso deve essere compilato, timbrato e sottoscritto dal medico responsabile della clinica/Centro di PMA, la dichiarazione allegata al presente articolo

PRECISAZIONI

- **il presente articolo rimborsa esclusivamente il documento di spesa relativo alla procedura di P.M.A. descritte. Visite ed esami precedenti e successivi sono rimborsati rispettivamente con l'articolo 1.1 e l'articolo 2.1**
- **Le visite specialistiche e gli esami diagnostici effettuati prima dell'avvio della procedura o successivamente alla conclusione della stessa non rientrano nel presente articolo, ma sono rimborsati rispettivamente ai sensi dell'art. 1.1 (visite specialistiche), dell'art. 2.1 (analisi ed esami diagnostici) e dell'art. 7.1 (gravidanza)**
- ai fini del rimborso, le fatture inerenti la P.M.A. devono essere intestate alla donna che si sottopone alla procedura e saranno rimborsate solo se questa è beneficiaria delle prestazioni della CMT

Articolo 8.1 (Interventi chirurgici in Day Surgery e ambulatoriali)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute in ospedali, cliniche o ambulatori medico-chirurgici per:

- a) interventi chirurgici in day Surgery (ricovero diurno)
- b) interventi chirurgici in regime ambulatoriale
- c) **Biopsie**
- c) **asportazioni dermatologiche benigne**
- d) chirurgia refrattiva ~~per miopia, ipermetropia e astigmatismo~~
- e) **chirurgia refrattiva per ametropie elevate**
- f) iniezioni intravitreali
- g) estrazione ottavi ~~e denti in inclusione ossea~~
- h) **Rialzo del seno mascellare**

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 16.000,00 euro per beneficiario

PRECISAZIONI GENERALI ARTICOLO

- il massimale di 16.000 euro per beneficiario è il rimborso massimo che il singolo beneficiario può ottenere in un anno per tutti gli interventi chirurgici previsti da questo articolo. Per ogni prestazione chirurgica rimborsabile sono di seguito indicate le percentuali di rimborso ed i massimali.
- è previsto il rimborso dell'Iva applicata alle spese sanitarie connesse all'intervento chirurgico, comprese quelle relative ai i diritti di sala operatoria, alle attrezzatura e materiale d'intervento, agli esami e accertamenti diagnostici

a) Interventi chirurgici in regime di Day Surgery

Il rimborso comprende:

1. spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per attrezzatura e materiale d'intervento
2. spese per assistenza medica e infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti, esami ed accertamenti diagnostici, sostenuti durante il periodo di degenza o in regime di preospedalizzazione
3. spese per rette di degenza ed ogni altra spesa non sanitaria di competenza della struttura, nella misura ~~di quanto previsto dall'art. 9.1~~ **massima di 50 euro**

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 16.000,00 euro per beneficiario

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- copia della cartella clinica
- le fatture devono contenere il dettaglio delle singole voci di costo e l'indicazione delle spese di degenza

PRECISAZIONI

- Si intendono gli interventi chirurgici di bassa o media complessità che richiedono assistenza anestesiologica in **sedazione profonda, anestesia spinale, peridurale o generale**, con **ricovero limitato a un massimo di 24 ore** e dimissione in giornata o, al più tardi, entro la mattina successiva.

b) Interventi chirurgici in regime ambulatoriale

Il rimborso comprende:

spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti ambulatoriali, compreso l'utilizzo dell'ambulatorio, e per attrezzatura e materiale d'intervento

PERCENTUALE DI RIMBORSO: **80% 75%**

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: **16.000,00 3.500,00 euro per beneficiario**

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- copia del registro operatorio o relazione medica indicante la patologia e la procedura eseguita

c) Biopsie

~~Il rimborso comprende le spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti ambulatoriali e per attrezzatura e materiale d'intervento~~

PERCENTUALE DI RIMBORSO: **80%**

MASSIMALE DI RIMBORSO: **1.000,00 euro per singolo intervento**

PRECISAZIONI

- Per interventi chirurgici ambulatoriali si intendono gli interventi chirurgici a basso rischio, eseguiti in anestesia locale, loco-regionale superficiale o con sedazione lieve, che non comportano necessità di ricovero né di un periodo di osservazione post-operatoria prolungato.
- Rientrano tra gli interventi chirurgici ambulatoriali le biopsie eseguite in regime ambulatoriale, anche se effettuate contestualmente ad esami endoscopici diagnostici (es. gastroscopia, colonoscopia, broncoscopia, cistoscopia, ecc.). In tali casi, ai fini del rimborso, la prestazione di riferimento è la biopsia, che assorbe il costo del relativo esame endoscopico.

c) Asportazioni dermatologiche benigne

Il rimborso comprende le spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti ambulatoriali e per attrezzatura e materiale d'intervento

PERCENTUALE DI RIMBORSO: **80% 75%**

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 500 euro per nucleo familiare

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- Relazione del medico specialista

d) Chirurgia refrattiva

Il rimborso comprende le spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti ambulatoriali e per attrezzatura e materiale d'intervento

PERCENTUALE DI RIMBORSO: **80% 75%**

MASSIMALE DI RIMBORSO: 1.600,00 euro per intervento per occhio

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- copia del registro operatorio

e) **Chirurgia refrattiva per ametropia elevate**

Il rimborso comprende le spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti ambulatoriali e per attrezzatura e materiale d'intervento.

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO: 3.000,00 euro per intervento per occhio

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- copia del registro operatorio

PRECISAZIONI GENERALI ARTICOLO

Il presente articolo rimborsa esclusivamente gli interventi chirurgici di impianto di ICL o di sostituzione del cristallino (non di chirurgia laser) per difetti pari o superiori a:

- a) MIopia pari o superiore a 6 diottrie
- b) IPERMETROPIA pari o superiore a 4 diottrie
- c) ASTIGMATISMO pari o superiore a 3 diottrie

f) **Iniezioni intravitreali**

Il rimborso comprende le spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti ambulatoriali e per attrezzatura e materiale d'intervento

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80% 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO: 800,00 euro per singola iniezione

g) Estrazione dei denti del giudizio (ottavi) e dei denti in inclusione ossea totalmente inclusi

Il rimborso comprende le spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti ambulatoriali e per attrezzatura e materiale d'intervento

PERCENTUALE DI RIMBORSO: **80% 75%**

MASSIMALE DI RIMBORSO: 320,00 euro per intervento

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- ortopanoramica o radiografia eseguita prima dell'intervento e ricevuta fiscale dell'odontoiatra con indicazione del numero del dente estratto

PRECISAZIONI

- la mancanza di uno qualsiasi dei predetti documenti comporta automaticamente l'esclusione dal rimborso in base al presente articolo e il contestuale inserimento della spesa nell'articolo 4.1 del presente Piano (cure odontoiatriche)

h) Rialzo del seno mascellare

Il rimborso comprende le spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti ambulatoriali e per attrezzatura e materiale d'intervento

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 75%

MASSIMALE DI RIMBORSO PER SINGOLO RIALZO DI SENO MASCELLARE : 1.600,00 euro

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

limitatamente all'intervento di rialzo del seno mascellare è necessario presentare alternativamente TC Dentascan pre-intervento e post-intervento, o radiografia panoramica pre-intervento e post-intervento o endorale pre-intervento e post-intervento. È indispensabile che l'esame effettuato prima e dopo l'intervento sia dello stesso tipo, in modo da consentire una corretta valutazione

PRECISAZIONI

- Non rientrano nell'intervento di rialzo del seno mascellare le collegate spese di carattere implantologico e protesico**

Articolo 8.2 (Interventi chirurgici in ricovero ordinario)



La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari rimborsando le spese sostenute in ospedali, cliniche o simili per intervento chirurgico eseguito in regime di ricovero ordinario (~~comprese aborto terapeutico~~).

Tale rimborso comprende:

1. spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per attrezzatura e materiale d'intervento
2. spese per assistenza medica e infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti, esami ed accertamenti diagnostici, sostenuti durante il periodo di degenza o in regime di preospedalizzazione
3. spese per rette di degenza ed ogni altra spesa non sanitaria di competenza della struttura, nella misura ~~di quanto previsto dall'articolo 9.2~~ massima di 100 euro a notte

PERCENTUALE DI RIMBORSO TICKET: 100%

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 90%

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 23.000,00 ~~18.000,00~~ euro per beneficiario

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- copia della cartella clinica
- le fatture devono contenere il dettaglio delle singole voci di costo e l'indicazione delle spese di degenza

PRECISAZIONI

- **Si intendono gli interventi chirurgici di media-alta o alta complessità, eseguiti in anestesia generale o loco-regionale complessa, che richiedono un periodo di degenza superiore alle 24 ore per consentire monitoraggio clinico, gestione del decorso post-operatorio o eventuali cure intensive.**
- se presente, è previsto il rimborso dell'Iva applicata alle spese sanitarie connesse all'intervento chirurgico, comprese quelle relative ai diritti di sala operatoria, alle attrezzatura e materiale d'intervento, agli esami e accertamenti diagnostici

Articolo 8.3 (Grandi Interventi chirurgici)



La CMT interviene a sostegno dei beneficiari rimborsando le spese sostenute in ospedali, cliniche o simili per gli interventi chirurgici riportati nell'allegato A al presente Piano sanitario, **nonché l'intervento di rialzo del seno mascellare**, dedotto l'eventuale contributo rimborsabile dal SSN o da soggetti privati (assicurazioni)

Tale rimborso comprende:

1. spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per attrezzatura e materiale d'intervento
2. spese per assistenza medica e infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti, esami ed accertamenti diagnostici, sostenuti durante il periodo di degenza o in regime di preospedalizzazione
3. spese per rette di degenza ed ogni altra spesa non sanitaria di competenza della struttura, nella misura **di quanto previsto dall'articolo 9.2 massima di 100 euro a notte**

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 100%

MASSIMALE DI RIMBORSO PER SINGOLO INTERVENTO: 150.000,00 euro

MASSIMALE DI RIMBORSO PER SINGOLO RIALZO DI SENO MASCELLARE: 1.500,00 euro (spostato nell'articolo 8.1 lett. h)

Articolo 8.3 (Grandi Interventi chirurgici)

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- copia della cartella clinica
- le fatture devono contenere il dettaglio delle singole voci di costo e l'indicazione delle spese di degenza
- ~~limitatamente all'intervento di rialzo del seno mascellare è necessario presentare alternativamente TC Dentascan pre-intervento e post-intervento, o radiografia panoramica pre-intervento e post-intervento o endorale pre-intervento e post-intervento. È indispensabile che l'esame effettuato prima e dopo l'intervento sia dello stesso tipo, in modo da consentire una corretta valutazione~~

PRECISAZIONI

- **Si intendono Grandi interventi chirurgici gli interventi indicati espressamente nell'allegato al Piano Sanitario e** interventi chirurgici non ambulatoriali effettuati per il trattamento di neoplasia maligna, accertata con esame istologico, ~~sono considerati Grandi interventi chirurgici. Non rientrano nell'intervento di rialzo del seno mascellare le collegate spese di carattere implantologico e protesico~~
- se presente, è previsto il rimborso dell'Iva applicata alle spese sanitarie connesse all'intervento chirurgico, comprese quelle relative ai diritti di sala operatoria, alle attrezzatura e materiale d'intervento, agli esami e accertamenti diagnostici

Articolo 8.4 (Anticipo spese Interventi chirurgici)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari, nei casi di ricovero in istituto, clinica o simile, finalizzato ad un intervento chirurgico previsto dagli articoli 8.1 (**limitatamente agli interventi in Day Surgery**), 8.2 e 8.3 (~~ad esclusione del rialzo del seno mascellare~~) provvedendo ad anticipare parte delle spese prendendo a riferimento il preventivo dell'istituto medesimo

L'importo dell'anticipo erogato è dedotto dal rimborso complessivo spettante, in occasione del conguaglio finale

La **CMT procede all'anticipo nei **domanda di anticipo deve essere presentata tra i 20 - 15 (venti quindici) giorni antecedenti e i 5 (cinque) giorni lavorativi precedenti**** la data programmata dell'intervento. Qualora l'intervento per qualsiasi motivo non venisse effettuato, dovrà essere tempestivamente restituita la somma anticipata

Il Socio o i suoi aventi causa sono tenuti a produrre la documentazione di spesa definitiva entro 60 (sessanta) giorni dalla data dell'intervento, pena la decadenza dal diritto di liquidazione del saldo residuo e la restituzione della somma anticipata

PERCENTUALE DI ANTICIPO: 80% della percentuale di rimborso prevista dall'articolo di riferimento (8.1 **- Day Surgery**, 8.2 o 8.3)

MASSIMALE DI RIMBORSO: entro i massimali previsti dagli articoli (8.1 **- Day Surgery**, 8.2 o 8.3)

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- preventivo, comprensivo di indicazione del costo della degenza, dell'Istituto, clinica o simile presso la quale si terrà l'intervento chirurgico con descrizione della tipologia di intervento e indicazione della data in cui lo stesso sarà eseguito

PRECISAZIONI

- non è previsto anticipo per i seguenti interventi chirurgici dell'articolo 8.1: ambulatoriali, **biopsie**, **asportazioni dermatologiche benigne**, chirurgia refrattiva, **chirurgia refrattiva per ametropie elevate**, iniezioni intravitreali, **estrazione dei denti del giudizio (ottavi) e dei denti in inclusione ossea**, **estrazione di denti totalmente inclusi e degli ottavi (denti del giudizio)**, **rialzo del seno mascellare**.

Articolo 9.1 (Day hospital, day surgery, day service, preospedalizzazione e dimissioni protette)



La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari erogando un contributo per ogni giorno trascorso in ospedali, cliniche del SSN in regime di day hospital, day surgery, day service, pre-ospedalizzazione e dimissione protetta (limitatamente, per quest'ultima, ai giorni di controllo e cura effettuati e debitamente certificati dal SSN)

CONTRIBUTO GIORNALIERO: **50,00** **25,00** euro

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 2.500,00 euro per nucleo familiare

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- certificato di dimissione in cui siano indicati il regime di ricovero e i giorni di effettiva presenza

PRECISAZIONI

- non è rimborsabile il ricovero in Pronto Soccorso
- le sedute di chemioterapia, radioterapia ed altre terapie oncologiche sono rimborsate con il presente articolo
- il contributo è alternativo rispetto a quanto previsto per la medesima prestazione dagli altri articoli del presente Piano sanitario

Articolo 9.2 (Diaria per ricovero, osservazione breve intensiva)



La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari erogando un contributo per ogni notte di ricovero in ospedali, cliniche del SSN in regime di ricovero o di osservazione breve intensiva

CONTRIBUTO A NOTTE: **50,00** **25,00** euro

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 9.000,00 euro per nucleo familiare

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- certificato di dimissioni in cui siano indicati il regime di ricovero e i giorni di effettiva presenza

PRECISAZIONI

- l'indennizzo non è previsto nei casi di decorso fisiologico del neonato (individuato in quattro giorni), di soggiorno in istituti per lungodegenti, case di riposo, cronicari o simili
- il contributo è alternativo rispetto a quanto previsto per la medesima prestazione dagli altri articoli del presente Piano sanitario
- **il ricovero in Pronto Soccorso è indennizzabile se dal momento del ricovero a quello delle dimissioni sono trascorse più di 24 ore**
- **Se da un ricovero in PS si passa ad un ricovero ordinario i giorni saranno conteggiati a partire da quello in PS**

Articolo 9.4 (Degenza extraospedaliera)

La CMT interviene a sostegno dei propri beneficiari che:

- a) abbiano subito un trapianto di organi, nel caso in cui si rendesse necessaria la degenza post-operatoria in ambiente sterile diverso da quello ospedaliero
- b) abbiano sostenuto sedute di radioterapia che rendano necessario un periodo di isolamento

Il rimborso concerne le spese inerenti l'affitto di appartamenti o l'alloggio in strutture alberghiere

PERCENTUALE DI RIMBORSO: 80% - 75%

CONTRIBUTO MASSIMO GIORNALIERO: 100,00 euro

MASSIMALE DI RIMBORSO ANNUO: 5.000,00 euro per nucleo familiare

COSA PRESENTARE PER IL RIMBORSO

- prescrizione terapeutica della Struttura sanitaria presso la quale è avvenuto l'intervento in cui sia indicata l'esigenza di soggiornare in un ambiente sterile
- prescrizione terapeutica della Struttura sanitaria presso la quale è stata somministrata la radioterapia nella quale sia specificata la durata del particolare regime di degenza extraospedaliera
- copia della fattura o ricevuta della struttura alberghiera o copia del contratto di affitto

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: **100% 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 rimborabile su~~ idonea documentazione della spesa sostenuta, **in caso di prestazione resa da caregiver.**

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 **da parte dell'INPS** lo stato di handicap in condizione di gravità ~~da parte dell'INPS~~
 2. beneficiano di assegno per assistenza personale e continuativa, riconosciuto dall'INAIL **in misura almeno pari al 35%**
- ~~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 12.5 (Assistenza in caso di LTC riconosciuta **pre ante** 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.