



**DISCIPLINARE  
PER L'EROGAZIONE AI SOCI  
DELLA BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA  
E DELLA CRAMAS ISCRITTI  
AL FONDO MUTUASALUS S.M.S.  
SEZIONE CRAMAS  
DI CONTRIBUTI ECONOMICI  
IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE  
PER MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO**

*(mod. SDI2018FMSBCCROMA)*

### **ART. 1 - ASPETTI GENERALI**

La Cassa di Assistenza Sociale e Sanitaria (in seguito denominata CASPIE) si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente Disciplinare, ad erogare ai Soci (in seguito denominati Assistiti) della Banca di Credito Cooperativo di Roma e della Cramas iscritti al Fondo Mutuasalus s.m.s.- Sezione Cramas (in seguito denominato Fondo) ed ai rispettivi familiari di cui al successivo art. 3, contributi economici nei casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme appresso indicate.

### **ART. 2 - DECORRENZA, DURATA DEL DISCIPLINARE E LIVELLI DI ASSISTENZA**

L'attività di assistenza del presente Disciplinare ha decorrenza dal 01/01/2018 e scadenza al 31/12/2019 e si intenderà rinnovata di biennio in biennio salvo la possibilità di recedere da parte di CASPIE o del Fondo, mediante comunicazione scritta da inviarsi tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento o per mezzo equipollente, che deve pervenire alla parte interessata almeno 60 giorni prima della scadenza di ciascun anno assistenziale.

Il periodo di vigenza del presente Disciplinare viene ripartito in "anni assistenziali". Il primo "anno assistenziale" decorre dal 1 gennaio 2018 al 31 dicembre 2018, mentre i successivi "anni assistenziali" sono compresi tra il 1° gennaio e il 31 dicembre di ciascun anno.

Resta comunque convenuto che il presente Disciplinare, pur se perfezionato in data successiva alla decorrenza (01/01/2018), si intenderà operante con effetto dalle ore 0 (zero) del 01/01 di ciascun anno assistenziale del biennio purché l'adesione avvenga entro il 31/01 dell'anno assistenziale nel quale si chiede l'adesione.

La CASPIE e il Fondo si danno atto che l'attività di assistenza è stata determinata in relazione alle condizioni esistenti al momento della stipula del Disciplinare ed alla correlativa possibilità per la CASPIE di reperire un'adeguata copertura assicurativa. La CASPIE e il Fondo, nel caso in cui venga meno la possibilità per la CASPIE di mantenere l'attuale copertura assicurativa dei rischi, connessi all'assistenza sanitaria, si incontreranno (entro il 31 ottobre di ciascun anno assistenziale) per rivedere e modificare, fermo rimanendo la durata del periodo di assistenza, i livelli assistenziali e/o contributivi al fine di renderli idonei alla copertura assicurativa stessa e consentirne la continuazione.

Altresì, si riterrà necessaria una rivisitazione nel caso di:

- a) disposizioni normative che impongano specifici assetti di coperture per il mantenimento delle agevolazioni fiscali;
- b) modifica dei livelli di assistenza del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale, anche per effetto di provvedimenti amministrativi.

### **ART. 3 - ASSISTITI E OPERATIVITÀ DEL DISCIPLINARE**

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo articolo 5, è prestata a favore dell'Assistito e si estende al coniuge ed ai figli, ivi compreso il convivente more-uxorio e relativi figli purché risultanti dallo stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché fiscalmente a carico (tutti i familiari vengono in seguito denominati Assistiti).

#### **L'ASSISTENZA E' OPERANTE**

- senza limitazioni territoriali;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito/i;
- fino al compimento dell'80° anno di età dell'Assistito e/o degli Assistiti. L'assistenza è comunque operante fino al termine dell'anno assistenziale nel quale l'Assistito e/o gli Assistiti hanno compiuto gli 80 anni;
- per coloro che abbiano compiuto il 75° anno di età è fatto obbligo di compilare ed inviare alla CASPIE, entro il 31/12 dell'anno in cui hanno compiuto i 75 anni, apposito questionario anamnestico. Il questionario anamnestico dovrà essere aggiornato annualmente e ripresentato alla CASPIE entro l'ultimo mese di ogni anno assistenziale. Il diritto alle prestazioni – pur mantenendo la decorrenza retroattiva al primo gennaio di ogni anno assistenziale – è subordinato all'accettazione in assistenza ovvero al mantenimento della

stessa da parte della CASPIE (con eventuali limitazioni). L'accettazione, valutata ad insindacabile giudizio della CASPIE, avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della CASPIE e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso dei contributi nel frattempo versati. Negli eventuali casi di non assistibilità o di assistibilità con limitazioni, si provvederà – in caso di non accettazione da parte dell'Assistito e/o degli Assistiti - alla restituzione del contributo versato;

- per i nuovi inserimenti in assistenza, il diritto alle prestazioni - pur mantenendo la decorrenza retroattiva al primo gennaio di ogni anno assistenziale - è subordinato all'accettazione da parte della CASPIE, previo esame del questionario sanitario compilato per ogni richiedente, da allegare al modulo di adesione. L'accettazione, valutata ad insindacabile giudizio della CASPIE (con eventuali limitazioni), avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della CASPIE e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso dei contributi nel frattempo versati. Negli eventuali casi di non assistibilità o di assistibilità con limitazioni, si provvederà – in caso di non accettazione da parte dell'Assistito e/o degli Assistiti - alla restituzione del contributo versato;
- la mancata presentazione del questionario anamnestico, nei termini sopra indicati, comporterà la cessazione dell'assistenza al 31/12 dell'anno assistenziale in corso e la restituzione dell'eventuale contributo versato per l'annualità successiva.

Fatta eccezione per l'Assistito e gli Assistiti che aderiscono al presente Disciplinare senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale firmata dal Fondo, l'intervento della CASPIE, è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (01/01 dell'anno assistenziale in cui si chiede l'adesione, per le adesione effettuate entro il 31/01) di:

- 60 giorni per le malattie in ogni caso e per le malattie dipendenti da gravidanza e aborto;
- 180 giorni per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni;
- 300 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da puerperio.

#### **ART. 4 - LIMITI DI ASSISTENZA**

Le prestazioni di cui al presente disciplinare sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 150.000,00 fermo restando quanto eventualmente previsto alle prestazioni di cui al successivo art. 5, ove per limite di assistenza per nucleo familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

Nel caso in cui gli Assistiti vengano inclusi nell'assistenza in data successiva (ad esempio: matrimonio, nuovi nati ecc.) opera il limite assistenziale annuo previsto per il nucleo.

#### **ART. 5 - PRESTAZIONI**

##### **A - PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA**

La CASPIE rimborsa:

- 1) In caso di intervento chirurgico in istituto di cura o in regime di Day Hospital:
  - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (comprese endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'assistito infermo);

- le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi e gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza (non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie);
- accertamenti diagnostici, visite specialistiche ed esami effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; esami, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- nel caso di trapianto si intendono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, comprese le spese per il trasporto dell'organo. Durante il pre ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 50,00 con un massimo di 30 gg. per ricovero;
- assistenza infermieristica privata individuale entro il limite di € 50,00 giornalieri e per un massimo di 30 gg. per ricovero.

In caso di Day Hospital l'assistenza non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli accertamenti strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

La CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 1.033,00 per singolo occhio per gli interventi chirurgici (anche ambulatoriali) finalizzati alla correzione della miopia mediante laser ad eccimeri, PRK e/o LASIK.

2) In caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico:

- le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza (non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie);
- accertamenti diagnostici, visite specialistiche ed esami effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; esami, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 50,00 con un massimo di 30 gg. per ricovero;
- assistenza infermieristica privata individuale entro il limite di € 50,00 giornalieri e per un massimo di 30 gg. per ricovero.

In caso di Day Hospital l'assistenza non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli accertamenti strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

3) In caso di parto cesareo:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante al parto (risultante dal referto operatorio); i diritti di sala parto ed il materiale di intervento;
- le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi e gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza (non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie);
- esami, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;

- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 50,00 con un massimo di 30 gg. per ricovero.

La CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 10.000,00 anno/nucleo.

4) In caso di parto fisiologico e aborto terapeutico o spontaneo:

- le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza (non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie);
- due visite mediche di controllo effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

La CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 2.066,00 anno/nucleo.

5) In caso di intervento chirurgico in regime ambulatoriale:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (comprese endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'assistito infermo);
- le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e gli esami post intervento durante il ricovero;
- accertamenti diagnostici, visite specialistiche ed esami effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; esami, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.

6) La CASPIE rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:

- trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura, trasferimento da un istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con ambulanza, unità coronarica mobile e con aereo sanitario con il limite di € 2.600,00 per ricovero.

## **B - SCOPERTO**

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A prevede:

- **Ricoveri effettuati in convenzione diretta con la CASPIE (sia struttura sanitaria che équipe medica) ivi comprese tutte le prestazioni riconducibili al ricovero stesso**

lett. A punti 1), 2), 3), 4), 5) e 6): applicazione di uno scoperto di € 2.000,00 per ricovero.

- **ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la CASPIE - ivi comprese tutte le prestazioni riconducibili al ricovero stesso**

lett. A punti 1), 2), 3), 4), 5) e 6): applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di € 3.500,00 ed un massimo di € 4.500,00 per ricovero.

## **C - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Se tutte le spese di cui alla precedente lett. A (relative al solo periodo del ricovero) sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la CASPIE corrisponde un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

L'indennità sarà pari ad € 103,00 e verrà erogata per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) per assistito infermo, fino ad un massimo di 70 gg. per anno/persona.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del S.S.N. e nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'assistito infermo, la CASPIE rimborsa il maggiore importo risultante tra il conteggio della diaria giornaliera ed il rimborso delle altre spese sostenute come dalle prestazioni alla precedente lett. A.

#### **D - PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI**

La CASPIE rimborsa, entro il limite assistenziale di € 5.000,00 anno/nucleo “prestazioni di alta specializzazione”.

#### **PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**

- ACCERTAMENTI ENDOSCOPICI
- ANGIOGRAFIA
- ARTROGRAFIA
- BRONCOGRAFIA
- CHEMIOTERAPIA
- CISTERNOGRAFIA
- CISTOGRAFIA
- CISTOURETROGRAFIA
- CLISMA OPACO
- COBALTOTERAPIA
- COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (PTC)
- COLANGIOGRAFIA TRANS KEHR
- COLECISTOGRAFIA
- DACRIOCISTOGRAFIA
- DEFECOGRAFIA
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- DIALISI
- DOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECOGRAFIA
- ELETTROMIOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAMMA
- FISTOLOGRAFIA
- FLEBOGRAFIA
- FLUORANGIOGRAFIA
- GALACTOGRAFIA
- ISTEROSALPINGOGRAFIA
- LASERTERAPIA A SCOPO FISIOTERAPICO
- LINFOGRAFIA
- MAMMOGRAFIA O MAMMOGRAFIA DIGITALE
- MIELOGRAFIA
- PET
- RADIOTERAPIA
- RETINOGRAFIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN) (INCLUSA ANGIO RMN)
- RX ESOFAGO CON MEZZO DI CONTRASTO
- RX STOMACO E DUODENO CON MEZZO DI CONTRASTO
- RX TENUE E COLON CON MEZZO DI CONTRASTO
- SCIALOGRAFIA
- SCINTIGRAFIA
- SPLENOPORTOGRAFIA
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) (ANCHE VIRTUALE)
- UROGRAFIA

- VESCICULODEFERENTOGRAFIA
- VIDEOANGIOGRAFIA
- WIRSUNGGRAFIA

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia se effettuate in convenzione diretta con la CASPIE, e con uno scoperto del 25% con il minimo di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia se effettuate non in convenzione diretta con la CASPIE.

I tickets relativi alle prestazioni di cui sopra vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

### **E - CURE ONCOLOGICHE**

La CASPIE rimborsa, entro il limite di € 10.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche (effettuate sia in regime di ricovero, day hospital che in regime extraospedaliero) per:

- accertamenti diagnostici;
- chemioterapia;
- terapie radianti;
- terapie (anche farmacologiche);
- visite specialistiche.

Il rimborso delle suindicate prestazioni (qualora già previste dalla precedente lett. D), avviene utilizzando in primo luogo il limite di assistenza indicato alla presente lett. E, ovvero, in caso di esaurimento dello stesso, utilizzando quello indicato alla precedente lett. D.

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto di € 55,00 per ogni prestazione se effettuata in convenzione diretta con la CASPIE, e con uno scoperto del 25% con il minimo di € 55,00 per ogni prestazione se effettuata non in convenzione diretta con la CASPIE.

I tickets relativi alle prestazioni di cui sopra vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

### **F - MEDICINA PREVENTIVA**

La CASPIE rimborsa, entro il limite di € 250,00 annui, le spese che il solo Assistito sostiene per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:

- **Condizioni speciali "Donna"**
  - alanina aminotransferasi ALT
  - aspartato aminotransferasi AST
  - colesterolo HDL
  - colesterolo totale
  - creatinina
  - esame emocromocitometrico e morfologico completo
  - gamma GT
  - glicemia
  - trigliceridi
  - tempo di tromboplastina parziale (PTT)
  - tempo di protrombina (PT)
  - urea
  - VES
  - urine; esame chimico, fisico e microscopico
  - feci: ricerca del sangue occulto
  - pap-test

- mammografia
- visita cardiologica + ECG a riposo
- **Condizioni speciali "Uomo"**
  - alanina aminotransferasi ALT
  - aspartato aminotransferasi AST
  - colesterolo HDL
  - colesterolo totale
  - creatinina
  - esame emocromocitometrico e morfologico completo
  - gamma GT
  - glicemia
  - trigliceridi
  - tempo di tromboplastina parziale (PTT)
  - tempo di protrombina (PT)
  - urea
  - VES
  - urine; esame chimico, fisico e microscopico
  - feci: ricerca del sangue occulto
  - PSA
  - rx torace
  - visita cardiologica + ECG a riposo

Si precisa che ciascun esame non può essere effettuato più di una volta per ogni anno assistenziale.

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto del 25% con il minimo di € 55,00 per fattura.

#### **ART. 6 - PRESTAZIONI ESCLUSE**

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- le conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici diagnosticati o curati antecedentemente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni; tale esclusione non opera per l'Assistito e per gli Assistiti che aderiscono al presente Disciplinare senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale firmata dal Fondo;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, l'assistenza opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante la decorrenza dell'assistenza);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito/i di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito/i che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la



permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assistito, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

### **ART. 7 - ADESIONI, VARIAZIONI E REVOCHE**

L'adesione all'assistenza è irrevocabile per l'intero periodo di vigenza del Disciplinare e deve essere effettuata entro il termine del 31/01 dell'anno assistenziale in cui avviene l'adesione.

L'adesione all'assistenza è irrevocabile per l'intero periodo di assistenza.

Allo scadere di ogni periodo assistenziale (31/12/2019 per il periodo biennale di vigenza che decorre dal 01/01/2018), ed in caso di rinnovo del Disciplinare, i rinnovi e/o le variazioni all'assistenza relative ai nuclei iscritti saranno possibili entro il 31 dicembre dell'ultimo anno di validità del Disciplinare stesso, con effetto dal 1° gennaio successivo e fermo restando l'irrevocabilità per l'intero nuovo periodo biennale di vigenza.

Il mancato inserimento nell'assistenza, entro il termine del 31/01 di ciascun anno assistenziale del biennio, impedisce successive adesioni/inclusioni nel corso dell'anno assistenziale. Sono fatte salve le eccezioni di cui alle successive lett. A) e B).

**A) L'inserimento in assistenza** oltre il termine del 31/01 di cui al comma precedente, può avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) acquisizione della doppia qualifica di Socio BCC di Roma e della Cramas;
- b) matrimonio;
- c) variazione del carico fiscale per il coniuge o convivente more-uxorio e relativi figli conviventi;
- d) venir meno - per un familiare assistibile - di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro;
- e) nascita/adozione/affidamento di un figlio.

L'inclusione nell'assistenza deve essere richiesta entro il termine di 30 giorni dall'evento; l'assistenza decorre dalla data dell'evento.

Ai fini del pagamento degli eventuali contributi:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assistenziale la stessa comporta la corresponsione dell'intero importo annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assistenziale verrà corrisposto il 60% dell'importo annuo.

- B) La revoca dalle assistenze** fermo rimanendo la possibilità per l'Assistito di revocare l'assistenza allo scadere di ogni periodo assistenziale (31/12/2019 per il periodo biennale di vigenza che decorre dal 01/01/2018), la revoca dall'assistenza prima del suddetto termine può avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:
- a) decesso dell'Assistito o di un suo familiare assistito;
  - b) perdita della doppia qualifica di Socio della BCC di Roma e della Cramas;
  - c) divorzio;
  - d) variazione del carico fiscale per il coniuge o convivente more-uxorio e relativi figli conviventi;
  - e) adesione di un familiare assistibile ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro;
  - f) superamento dei limiti di età indicati all'Art. 3;
  - g) limitazione dell'assistenza oltre il 75° anno di età a seguito della compilazione del questionario anamnestico;
  - h) variazioni normative e/o contributive;
  - i) separazione legale.

Le assistenze rimangono in essere fino al 31 dicembre dell'anno assistenziale nel quale si è verificato l'evento e gli eventuali contributi sono pertanto dovuti fino a tale data.

Con riferimento ai punti a) ed f) si precisa che in caso di decesso o superamento dei limiti di età dell'Assistito, è data facoltà al relativo nucleo (purché risulti già inserito in assistenza alla data in cui si è verificato l'evento) di proseguire l'Assistenza a proprio nome e con onere a proprio carico per il tramite del Fondo purché risulti iscritto al Fondo stesso. La suddetta facoltà dovrà essere espressa all'atto del rinnovo dell'annualità assistenziale.

Con riferimento al punto g) si precisa che in caso di limitazioni all'assistenza (derivanti dalla valutazione ad insindacabile giudizio della CASPIE del questionario anamnestico a seguito del compimento del 75° anno nel corso dell'anno assistenziale) è data facoltà all'Assistito e/o agli Assistiti di recedere dall'assistenza a far data dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Il recesso di cui al terzo comma del presente articolo e la revoca di cui alla lettera B) dello stesso articolo da parte dell'Assistito devono essere comunicati con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o e-mail equivalente alla lettera raccomandata (PEC) entro i termini previsti. La lettera raccomandata deve essere indirizzata al sede sociale del Comipa-Fondo Mutuasalus sms Via Castelfidardo, 50 – 00185 ROMA mentre l'e.mail deve essere inviata all'indirizzo PEC: [fondo.mutuasalus@pec.it](mailto:fondo.mutuasalus@pec.it).

### **ART. 8 - ONERI DEL FONDO**

Il Fondo provvederà:

- all'informativa, nei confronti degli assistiti, in ordine al Disciplinare ed alle sue eventuali modifiche o integrazioni nonché ai servizi online prestati dalla CASPIE e denominati "CASPIE OnLine" di cui all'Allegato 1 ed alle procedure operative indicate nel Vademecum;
- a fornire alla CASPIE i dati relativi agli aderenti all'assistenza secondo le modalità e le procedure congiuntamente definite. I familiari saranno segnalati dall'Assistito restando esonerato il Fondo da qualsiasi responsabilità in merito a dichiarazioni degli stessi che possano risultare errate o false. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della CASPIE e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso degli eventuali contributi assistenziali nel frattempo versati;
- agli aggiornamenti mensili relativi ad ingressi (con versamento del contributo previsto) e ad uscite dall'assistenza;
- agli aggiornamenti mensili relativi alle variazioni anagrafiche (es.: cambio indirizzo, variazioni coordinate bancarie etc.);
- a trattenere agli assistiti i contributi da essi dovuti per l'assistenza e provvederà a versarli alla

CASPIE secondo quanto convenuto, tramite accredito bancario alle scadenze previste;

- agli adempimenti previsti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 30/6/2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni), nonché alle autorizzazioni e provvedimenti generali del Garante, in particolare alla raccolta del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili dei soggetti interessati, sulla base dell'informativa e della modulistica predisposte dalla CASPIE e alla successiva comunicazione alla medesima CASPIE, ferma restando l'assunzione da parte della CASPIE della qualità di "Titolare del trattamento dei dati".

Per le garanzie contenute nel presente Disciplinare risponde la CASPIE in proprio anche attraverso le eventuali coperture assicurative all'uopo stipulate. Pertanto nessuna prestazione prevista dal presente Disciplinare a favore dell'Assistito e/o dei suoi familiari iscritti potrà essere addebitata al Fondo né tantomeno alla Cramas, sezione del Fondo.

### **ART. 9 - CRITERI E MODALITA' DI RIMBORSO**

Per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente Disciplinare, delle spese sostenute, l'Assistito deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg. dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata da documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalle prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni avute, dalle ricevute, fatture, notule o parcele debitamente quietanzate, nonché dalla documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. Le ricevute sanitarie e di spesa devono essere trasmesse in fotocopia (salvo impegno a produrre i documenti originali su richiesta). Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.

La CASPIE non restituisce gli eventuali originali dei documenti di spesa, nonché quelli relativi alla documentazione sanitaria, allegati alle richieste di rimborso accettate, salvo che non vi sia espressa documentata richiesta degli stessi da parte dell'Amministrazione finanziaria. La CASPIE restituisce, invece, tempo per tempo gli originali della documentazione allegata alle richieste di rimborso rigettate. L'estratto conto liquidativo, contenente il dettaglio delle prestazioni sanitarie liquidate dalla CASPIE ed utile a fini fiscali, può essere consultato e scaricato sul sito internet [www.caspeonline.eu](http://www.caspeonline.eu) previa registrazione.

La CASPIE effettua il rimborso direttamente all'Assistito, anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare, di norma entro 60 gg. (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente Disciplinare, ivi inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). Il rimborso verrà effettuato a mezzo bonifico bancario sulle coordinate iban trasmesse dall'Assistito al momento dell'adesione all'assistenza. Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o non dovuto affatto, la CASPIE richiederà all'Assistito tramite il Fondo l'importo rimborsato non dovuto.

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza (31/12 di ogni anno), l'Assistito dovrà inoltrare - entro e non oltre il 30° giorno successivo al suddetto termine - la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese ai limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo (01/01 del nuovo anno assistenziale), con applicazione di separati scoperti - ove previsti - per le diverse annualità. Il mancato rispetto di tale termine può comportare decadenza dal diritto al rimborso.

I rimborsi vengono effettuati in Italia; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

L'Assistito e gli Assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della CASPIE, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

Le coperture garantite dal presente Disciplinare non prevedono limitazioni delle prestazioni all'ammontare complessivo dei contributi annualmente versati.

#### **ART. 10 - CONTROVERSIE**

In caso di controversie sulla natura dell'evento, su ogni aspetto applicativo del presente disciplinare, sul diritto al rimborso, l'Assistito si obbliga a sottoporre le controversie stesse all'arbitrato irrituale del Collegio dei Probiviri previsto all'art. 18 dello Statuto della CASPIE.

#### **ART. 11 - FORO COMPETENTE**

Per ogni lite giudiziaria è competente esclusivamente il FORO DI ROMA.

#### **ART. 12 - TUTELA DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196), la CASPIE informa che i dati forniti in sede di adesione alla CASPIE o comunque acquisiti a tal fine presso il Fondo sono trattati nell'ambito della normale attività della CASPIE per finalità strettamente connesse e strumentali all'attuazione del presente Disciplinare, nonché per finalità connesse a obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e dagli organi di vigilanza e controllo ed avverrà a cura delle persone preposte all'esecuzione della stessa con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi, per l'esecuzione degli obblighi derivanti dal Disciplinare medesimo.

Per lo svolgimento di parte della propria attività la CASPIE si rivolge a soggetti esterni ed in particolare a quelli appartenenti alle seguenti categorie:

- a) società di assicurazioni e riassicurazione;
- b) soggetti che curano le attività di supporto al funzionamento e all'organizzazione del lavoro di ufficio (con riferimento, ad esempio, agli adempimenti amministrativo-contabili e fiscali).

Presso la CASPIE è disponibile l'elenco aggiornato di tali soggetti, ai sensi dell'art. 13, comma 1, lett. f) del Codice in materia di protezione dei dati personali.

Il conferimento di tali dati è necessario per adempiere al presente Disciplinare.

Roma, lì 18/11/2017

## RINNOVI E NUOVI ISCRITTI

### CONDIZIONI ECONOMICHE PER L'ADESIONE AL PROGRAMMA SANITARIO CASPIE

Il Socio della BCC DI ROMA e della CRAMAS per aderire alla copertura CASPIE di cui al presente Disciplinare è tenuto al pagamento del contributo associativo annuo stabilito come segue:

- € **1.467,00** = per il Socio single, nucleo unipersonale;
- € **1.866,00** = per il Socio con nucleo i cui componenti sono tutti fiscalmente a carico del Socio;
- € **745,00** = per ogni componente in più, non fiscalmente a carico del Socio.

**E' fatto obbligo al Socio di iscrivere l'intero nucleo familiare salvo i componenti non assicurabili o quelli già titolari di coperture assicurative con contenuto simile alle prestazioni di cui al presente disciplinare.**

**In caso di mancato pagamento del contributo associativo da parte del Socio, l'assistenza di cui al presente Programma Sanitario non sarà erogata a norma dell'art. 8 dello statuto sociale del Fondo Mutuasalus s.m.s.**

Il SETTORE DI INTERVENTO di cui al presente Regolamento è gestito in forma autonoma rispetto ad ogni altro fondo specifico o settore di intervento istituito o assunto in gestione dal Fondo Mutuasalus s.m.s. ed usufruisce di garanzie prestate da terzi in qualità di soggetti erogatori delle prestazioni garantite in proprio ai Soci aderenti. La Convenzione che il Fondo ha stipulato con CASPIE [Cassa di Assistenza Sociale e Sanitaria, Via Ostiense n. 131/L corpo "D" – 6° piano - C.F.: 97288610583 – iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Sanità] trasferisce i rischi garantiti dal presente Disciplinare a favore dell'Associato e/o ai loro familiari direttamente alla CASPIE che ne risponde in proprio e con le eventuali coperture assicurative all'uopo stipulate.

In caso di controversie giudiziarie tale Convenzione sarà messa a disposizione dell'Assistito per far valere i propri diritti contro la CASPIE che ha assunto in gestione il SETTORE DI INTERVENTO stesso, con la diretta assunzione di tutte le obbligazioni ivi presenti.

*«Il contributo associativo versato dal Socio per l'adesione al presente programma sanitario gode delle agevolazioni fiscali di cui all'art. 13 del d.lgs. 460/97 (detrazione dall'imposta lorda del 19% del contributo per un importo non superiore a Euro **1.300,00**). Ciò vuol dire che il Socio aderente può recuperare il 19% del contributo versato dalla dichiarazione dei redditi: un vantaggio esclusivo delle società di mutuo soccorso che operano esclusivamente ai sensi dell'art. 1 della legge 3818/1886.»*