



Tariffario annuale delle prestazioni mutualistiche

2018



CRAMAS SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO
Via Sardegna, 129 – 00187 Roma – Tel 06 52863245/51/55/56 – Fax 06 52863306
www.cramas.it

INDICE**1) Prestazioni Ospedaliere in costanza di Ricovero**

1.1 – Ricovero in struttura pubblica

1.2 – Ricovero in struttura privata

2) Prestazioni extraospedaliere ed aggiuntive

2.1 – Analisi ed accertamenti

2.2 – Visite specialistiche

2.3 – Lenti da vista

2.4 – Protesi ed ausili ortopedici

2.5 – Terapie fisiche e riabilitative

2.6 – Ambulanza

2.7 – Latte artificiale per neonati

2.8 – Spese di viaggio

2.9 – Tickets

2.10 – Assistenza domiciliare e/o ospedaliera

2.11 – Specialità medicinali

2.12 – Odontoiatria da infortunio

2.13 – Ortodonzia

2.14 – Estrazione degli ottavi

2.15 – Fecondazione in vitro (FIVET)

2.16 – Contributo nuove nascite

2.17 – Assegno di solidarietà

2.18 – Contributi straordinari

3) Diritti di segreteria**4) Rimborso su franchigie e/o scoperti rimasti a carico dei soci a seguito di liquidazioni sanitarie da parte di organismi terzi****5) Limite di spesa ammessa a rimborso****6) Modalità di Richiesta di rimborso****(Allegato 1) Modulo di richiesta rimborso spese sanitarie****(Allegato 2) Tabella contributi associativi**

Tariffario delle prestazioni mutualistiche

1) Prestazioni Ospedaliere in costanza di ricovero

1.1 Ricovero in struttura pubblica

In caso di ricovero in struttura sanitaria con spese a carico del Servizio Sanitario Nazionale la CRAMAS corrisponderà una diaria di euro 50,00 per ogni giorno di ricovero; il massimale annuo per assistito è di euro 1.000,00. Nel caso di malattie oncologiche tale massimale annuo è pari ad euro 2.500,00.

1.2 Ricovero in struttura privata

a) In caso di ricovero presso struttura sanitaria privata con spese a carico dell'assistito, la CRAMAS rimborserà la retta di degenza secondo lo schema di seguito riportato:

<u>ANZIANITA' CONTRIBUTIVA</u>	<u>MASSIMALI PER ASSISTITO</u>	
	<u>GIORNALIERO</u>	<u>ANNUO</u>
Fino a 48 Mesi	130,00	3.900,00
Oltre 48 Mesi	180,00	5.400,00

b) Per le cure e/o interventi chirurgici la CRAMAS rimborserà le spese nella misura dell'80% con i massimali riportati in tabella:

<u>CURE E INTERVENTI</u>	<u>MASSIMALI ANNUI IN BASE ANZIANITA' CONTRIBUTIVA DELL'ASSISTITO</u>		
	<u>FINO A 24 MESI</u>	<u>DA 24 A 48 MESI</u>	<u>OLTRE 48 MESI</u>
Medicina	500,00	750,00	1.000,00
Altissima Medicina	1.290,00	1.500,00	2.000,00
Chirurgia Ambulatoriale	500,00	750,00	1.000,00
Chirurgia Piccola	750,00	1.000,00	1.250,00
Chirurgia Media	1.250,00	1.500,00	1.750,00
Alta Chirurgia	1.750,00	2.500,00	3.500,00
Altissima Chirurgia	3.500,00	6.000,00	9.000,00
Chirurgia a Cuore aperto	4.500,00	7.500,00	10.000,00
Ginecologia	per l'aborto spontaneo, terapeutico, revisione cavità uterina 1.000,00 per il parto spontaneo 1.250,00 per il parto operativo, isterectomia totale, ovariectomia 1.750,00		
Oculistica refrattiva	375,00 per ciascuno occhio		

c) Quanto ai diritti di sala operatoria sarà rimborsato un importo massimo di euro 400,00.

Tariffario delle prestazioni mutualistiche

2) Prestazioni extraospedaliere ed aggiuntive

2.1 Analisi e accertamenti

Il contributo è pari al 50% della spesa documentata, con un massimale annuo per assistito di euro 600,00.
In caso di prestazioni legate allo stato di gravidanza il massimale è elevato ad euro 1.000,00.

2.2 Visite Specialistiche

E' fissato il rimborso nella misura percentuale del 50% rispetto alla spesa sostenuta, sino alla concorrenza di un massimale annuo per nucleo familiare diversificato in base ai componenti il nucleo stesso:

- euro 350,00 nucleo di 1 o 2 persone;
- euro 500,00 nucleo di 3 o 4 persone;
- euro 600,00 nucleo da 5 persone in poi.

Per eventuali visite specialistiche a bambini di età inferiore a 2 anni e/o visite specialistiche in gravidanza, è previsto un incremento di euro 200,00 rispetto ai predetti massimali

2.3 Lenti da Vista (oftalmiche o corneali)

E' rimborsabile sino all' 80% della spesa con riguardo al costo delle sole lenti, come di seguito indicato e diversificato per deficit visivo. Il rimborso è limitato ad un occhiale l'anno per deficit, con un massimale annuo per assistito di euro 300,00:

- euro 80,00 per lenti sferiche ed astigmatiche fino a 4 diottrie, sommando i due gradi, sferico e cilindrico;
- euro 160,00 per lenti sferiche ed astigmatiche, per lenti bifocali o progressive con gradazione tra le 4 e le 8 diottrie, sommando i due gradi, sferico e cilindrico;
- euro 300,00 per lenti speciali relative a carenze visive oltre le 8 diottrie tra lente sferica ed astigmatica, sommando i due gradi;
- per le lenti corneali dette "usa e getta" il massimale annuo per assistito previsto è di euro 80,00 a prescindere dal grado delle diottrie indicate nella specifica.

Non sono ammesse a rimborso:

- le spese per lenti che non siano prescritte dallo specialista, fatta eccezione per i casi di difetti semplici e presbiopia per i quali può valere anche la misurazione effettuata da ottici optometristi diplomati;
- le spese per le lenti colorate o non graduate;
- le spese per la montatura

2.4 Protesi ed ausili ortopedici

E' rimborsabile sino all'80% della spesa fatturata con i seguenti massimali annui per assistito:

- Protesi acustiche (monolaterali – bilaterali) contributo con un massimale annuo di euro 600,00 per apparecchio, ripetibile ogni due anni;
- Plantari e calzature ortopediche: contributo con massimale di euro 120,00 per assistito; un paio ogni due anni oltre il 12° anno di età. Per età inferiori il contributo può essere ripetuto ogni anno dietro motivata prescrizione medica (sono escluse dal rimborso qualsiasi tipo di solette);
- Corsetti, busti, cinti, calze elastiche (limitatamente a due paia l'anno), stampelle canadesi, bastoni o tripode, deambulatori, ginocchiere con un massimale annuo 150,00, semprechè l'esigenza sia documentata dallo specialista
- Protesi ortopediche a persone portatrici di handicap, contributo con un massimale annuo di euro 1.500,00;
- Parrucche per alopecia e da trattamento chemio/radioterapico antitumorale, contributo con un massimale di euro 300,00;
- Rimborsi per spese di acquisto o affitto di sedie a rotelle, la cui esigenza sia documentata da medico specialista, saranno rispettivamente di euro 500,00 e di euro 125,00.

Tariffario delle prestazioni mutualistiche

2.5 Terapie fisiche e riabilitative

Il contributo economico è previsto solo per prestazioni fruitive presso strutture sanitarie con propria Direzione Medica ed è pari all'50% della somma esposta in fattura.

Le terapie fisiche e riabilitative sono catalogate in due gruppi:

- 1 neurologiche (es. post ictus), cardiologiche (es. post infarto), post traumatiche e post chirurgiche, con un massimale annuo di euro 400,00 per assistito;
2. ortopediche, reumatologiche, psicoterapiche e logopediche, con un massimale annuo di euro 300,00 per assistito.

Inoltre per le seguenti terapie particolari vale quanto segue:

- per le terapie radianti e/o con radionuclidi nonché trattamenti di chemio/cobaltoterapia, il rimborso sarà erogato al 50% a singola seduta con massimale annuo per assistito di euro 3.000,00;
- noleggio apparecchiatura per kinesiterapia o magnetoterapia a domicilio, limitatamente a postumi di fratture o da interventi chirurgici: contributo economico pari all'80% della relativa spesa fino ad un massimo di euro 100,00 mensili e per non più di due mesi.

2.6 Ambulanza

È rimborsabile l'80% della spesa fatturata per trasporto effettuato in emergenza e/o su prescrizione del medico personale, con massimale annuo di euro 150,00 per assistito.

2.7 Latte artificiale per neonati

È rimborsabile l'80% della spesa documentata, fino a 12 mesi dalla nascita e con un massimale annuo di euro 200,00. In caso di parto plurimo il contributo viene moltiplicato per il numero dei nati. Quando la prescrizione prevede l'acquisto di particolari qualità di latte a causa di intolleranze alimentari documentate o di malattie metaboliche, il massimale è portato a euro 500,00.

2.8 Spese di viaggio

Per ricoveri motivati in relazione a specifica patologia indicata dal medico curante e/o dallo specialista e per cicli di cure oncologiche, è rimborsabile il 50% della spesa documentata a carico dell'Assistito per viaggi in Italia e all'estero, nonché della spesa di viaggio sostenuta per l'accompagnatore (escluso vitto ed alloggio). Il massimale annuo è pari ad euro 1.000,00 per nucleo familiare. La documentazione deve essere completa di resoconto o cartella clinica del centro medico accreditato.

2.9 Tickets

Tutte le spese per tickets relative a qualsiasi prestazione effettuata presso strutture del SSN sono rimborsate integralmente. Su tutte le liquidazioni per rimborso di spese di tickets, non verranno applicati i diritti di segreteria. Sono escluse certificazioni di spesa pari o inferiori a euro 10,00, nonché tickets per pronto soccorso relativamente ai casi di "codice bianco" e ogni prestazione non prevista dal presente tariffario.

2.10 Assistenza domiciliare e/o ospedaliera:

Il contributo è pari a 5,00 euro orarie con un massimale di euro 1.500,00 annuo per assistito.

Le spese di assistenza sono rimborsate solo se accompagnate da motivata prescrizione del medico curante e prestata da personale sanitario abilitato.

Tariffario delle prestazioni mutualistiche

2.11 Specialità Medicinali

Documentazione richiesta

La richiesta di rimborso deve essere corredata dalla prescrizione medica del farmaco e dallo scontrino fiscale. Le prestazioni riguardanti le spese per acquisto di specialità medicinali sono deliberate con riferimento alla normativa del Servizio Sanitario Nazionale ed eventuali variazioni.

Misura del rimborso

La misura del rimborso è pari al 50% delle spese documentate per l'acquisto di:

- specialità medicinali a totale carico dell'Assistito, comprese nel Prontuario Terapeutico del Servizio Sanitario Nazionale, oppure in vendita nei Paesi della Comunità Europea o nello Stato della Città del Vaticano;
- specialità medicinali preparate da laboratori farmaceutici specializzati per la cura di allergie (vaccinoterapia, desensibilizzante specifico) su prescrizione dal Medico specialista.

Omeopatici

I prodotti omeopatici, unitari o complessi secondo la normativa vigente, sono ammessi solo nel caso in cui la prescrizione richiami con esattezza e completezza la denominazione del farmaco riportata nella edizione de' "L'Informatore Farmaceutico" in uso presso le farmacie.

Massimale annuo

Il massimale annuo è stabilito in euro 750,00 per nucleo familiare. Non sono ammesse a rimborso le specialità medicinali di costo pari o inferiore a euro 5,00 per confezione.

Altre esclusioni

Non sono ammesse a rimborso le spese per acquisto di specialità medicinali, qualora:

- la prescrizione medica risultasse mancante della data di rilascio apposta direttamente dal medico curante;
- la prescrizione medica non consentisse una inequivocabile lettura della denominazione del farmaco;
- la documentazione di spesa riguardante l'acquisto dei medicinali regolarmente prescritti non fosse accompagnato da scontrino fiscale.

2.12 Odontoiatria da infortunio

In caso di infortunio, la Cramas rimborsa le spese odontoiatriche limitatamente al danno diretto subito e non a quello eventualmente indotto o causato da infortuni verificatisi precedentemente, né le conseguenze future che da tale infortunio possano derivare.

Il rimborso ammonta al 50% della spesa riguardante la riparazione del solo elemento dentario eventualmente danneggiato fino alla concorrenza di euro 1.000 per anno/nucleo.

Per accedere al rimborso è necessario esibire unitamente al modulo di richiesta: certificato del pronto soccorso che ha riscontrato l'infortunio, ricevuta fiscale del medico specialista in odontoiatria.

Dal referto del pronto soccorso dovrà essere evidente il collegamento tra l'infortunio e gli interventi odontoiatrici necessari.

Tariffario delle prestazioni mutualistiche

2.13 Ortodonzia

Sono beneficiari della prestazione i soggetti fino ai 16 anni di età.

Il rimborso ammonta all'80% della spesa e si articola come di seguito indicato sino alla concorrenza del massimale annuo di euro 1.500 per nucleo familiare.

Contributo	Prestazione
fino a 60,00	<ul style="list-style-type: none">• Cefalometria e piano di trattamento:• Trattamento ortodontico mobile
fino a 350,00	- 1° anno:
fino a 300,00	- 2° anno:
fino a 400,00	<ul style="list-style-type: none">• Trattamento ortodontico fisso:
fino a 350,00	- 1° anno:
fino a 80,00	- 2° anno:
	<ul style="list-style-type: none">• Apparecchio di contenzione post-trattamento:

2.14 Estrazione degli ottavi (denti del giudizio)

La Cramas rimborsa il 50% della spesa per l'estrazione degli ottavi (denti del giudizio) sino alla concorrenza del massimale annuo di euro 800 per assistito.

Il rimborso della prestazione sarà effettuato dopo che la commissione medica della Cramas avrà esaminato l'ortopantomica (il cui costo verrà interamente rimborsato) effettuata prima dell'intervento, dalla quale dovrà risultare l'ottavo elemento dentario oggetto dell'estrazione.

Oltre al modulo di richiesta rimborso e alla ricevuta fiscale del medico dentista che ha effettuato la prestazione occorre produrre l'ortopantomica sulla quale deve essere riportato cognome e nome del beneficiario e data dell'esecuzione, mediante foto timbro o pennarello indelebile.

2.15 Fecondazione in vitro (FIVET)

Contributo una tantum di euro 500,00 non ripetibile.

2.16 Contributo integrativo spese parto

Hanno diritto al contributo di euro 500,00 per ogni nuova nascita, le famiglie in cui almeno uno dei genitori del neonato sia iscritto alla Cramas ed abbia maturato il periodo di carenza (280 giorni dalla data di iscrizione) di cui all'art. 5 punto 3) del "Regolamento delle Prestazioni Mutualistiche" ed abbiano provveduto ad iscrivere il neonato stesso nei termini (entro 30 giorni dalla nascita) stabiliti dal medesimo art. 5 punto 3) del "Regolamento delle Prestazioni Mutualistiche".

2.17 Assegno di solidarietà

In caso di decesso di un assistito, è previsto un "assegno di solidarietà" dell'importo di euro 1.500,00.

2.18 Contributi straordinari

Si richiesta dell'assistito, il Consiglio di amministrazione può eccezionalmente deliberare, tenuto anche conto della situazione economica del nucleo familiare, l'erogazione di contributi straordinari in situazione di particolare disagio per patologie acute e croniche.

Tariffario delle prestazioni mutualistiche

3) Diritti di segreteria

Per ogni pratica lavorata, la Cramas applicherà a carico del socio una quota fissa di euro 5,00 a fattura come diritti di segreteria, con un massimo di euro 25,00.

4) Rimborso su franchigie e/o scoperti rimasti a carico dei soci a seguito di liquidazioni sanitarie da parte di organismi terzi

In ordine alle richieste di rimborso relative a pratiche già oggetto di parziale rimborso da parte di altre assicurazioni ed enti, la CRAMAS provvederà al rimborso della spesa rimasta a carico del socio, purchè tale importo non risulti pari o inferiore a 10,00 euro, nella misura del 75% della stessa, entro il limite del 50% della spesa globale, fermo restando il rispetto dei massimali CRAMAS previsti per le relative tipologie di prestazioni.

5) Limite di spesa ammessa a rimborso

Non sono comunque ammesse a rimborso fatture e/o notule di importo pari o inferiore a euro 10,00, salvo espressa diversa indicazione riportata nelle singole voci di prestazione.

6) Modalità di richiesta di rimborso

Ogni richiesta di rimborso deve essere accompagnata **obbligatoriamente** dall'apposito modello unito in allegato 1, debitamente compilato in ogni sua parte e firmato dal richiedente.

Il modello, unitamente ai documenti di spesa **in originale**, deve pervenire a CRAMAS entro trenta giorni (sessanta giorni in caso di presentazione di cartella clinica) dalla data di emissione della fattura o ricevuta fiscale di cui si chiede il rimborso. Ogni richiesta di rimborso deve essere accompagnata dalla prescrizione del medico con la certificazione della specifica patologia.

(Dal nuovo codice di Deontologia Medica, si riporta il testo dell'art. 24: certificazione - il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti).

Sono escluse dal rimborso le spese riguardanti i bolli, l'IVA e le spese non sanitarie, nonché i costi amministrativi, di segreteria e di rilascio della cartella clinica.

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE

SOCIO (Cognome e nome)
BANCA DI APPARTENENZA:
Tel.: cell.: e-mail:
SOCIO o FAMILIARE per il quale si richiede il rimborso
Cognome e nome

DETTAGLIO RICEVUTE DI SPESA ALLEGATE

Prestazione	Numero Fattura	Data Fattura	Importo

AVVERTENZE:

Tutta la documentazione dovrà essere trasmessa in originale.

La documentazione deve essere inviata entro 30 gg. dalla data di emissione della fattura (*)

Se già rimborsato da altro Ente, inviare dettaglio di liquidazione e fatture originali (le fotocopie delle fatture saranno accettate solo nel caso che l'ente liquidatore non restituisca i documenti originali).

L'esibizione della documentazione richiesta è indispensabile per ottenere il rimborso delle spese

(*) PER I RICOVERI TALE TERMINE E' DI 60 GIORNI

Allegati

- n. [] Giustificativi di spesa
- n. [] Cartella clinica
- n. [] Diagnosi del medico specialista curante/medico di base
- n. [] Relazione medica (in caso di intervento ambulatoriale)

Firma del Socio

N.B.

Preso atto dei diritti riconosciuti all'interessato dal D.Lgs 196/2003, acconsento al trattamento dei dati forniti, consapevole che l'esecuzione dei servizi richiesti non può avere luogo senza le comunicazioni dei dati personali a: C.R.A.M.A.S. Società di Mutuo Soccorso nonché ad Enti pubblici e privati per fini statistici ed agli altri soggetti titolari del trattamento dei dati personali generali e sensibili, per le finalità e nei limiti indicati dalla suddetta legge.

Data

Firma del Richiedente

CONTRIBUTI ASSOCIATIVI A CARICO DEI SOCI E DIPENDENTI BCC ROMA

FAMILIARE	MENSILE	TRIMESTRALE	ANNUALE
Socio titolare	20,50	61,50	246,00
Coniuge (under 60)	8,20	24,60	98,40
Coniuge (over 60)	20,50	61,50	246,00
1° Figlio (under 26)	6,20	18,60	74,40
2° Figlio (under 26)	4,15	12,45	49,80
3° Figlio (under 26)	1,70	5,10	20,40
Figli over 26	20,50	61,50	246,00

In conformità all'Art. 4 del Regolamento, per i figli a carico, la contribuzione ed il diritto alle prestazioni economiche del FONDO cessano dal mese successivo a quello del compimento del 35° anno di età. Tuttavia, l'iscrizione per i figli ultratrentacinquenni, può essere prorogata, a domanda, **nel caso di figli conviventi riconosciuti permanentemente invalidi per i quali non è prevista alcuna limitazione temporale all'iscrizione stessa, fermo restando l'obbligo del contributo associativo nella misura prevista per il Socio.**



Gli uffici operativi della CRAMAS sono presso la sede della BCC di Roma in Via Sardegna, 129

I nostri operatori:

Claudia Giannini	Tel. 06 52863251
Katia Gualtieri	Tel. 06 52863256
Annamaria Masci	Tel. 06 52863255
Sergio Pulsinelli	Tel. 06 52863245

Fax: 06 52863306
E-mail: cramas@roma.bcc.it
Pec: cramas@pec.it
Sito Internet: www.cramas.it

Lo statuto e il regolamento della Mutua sono disponibili sul sito internet unitamente alla modulistica e alla rete delle strutture convenzionate.