

REGOLAMENTO PROGRAMMI SANITARI

PREMESSA

Al fine di ridurre i tempi di evasione delle richieste di rimborso C.A.D.G.I., si segnalano quelle che sono state riscontrate come le più frequenti cause di restituzione al mittente:

- mancanza dello scorporo dell'IVA sulle fatture;
- mancanza del domicilio o della residenza del destinatario;
- documenti recanti cancellazioni o modifiche;
- presentazione oltre il termine previsto;
- mancanza della prescrizione ove richiesto;
- mancanza del dettaglio delle prestazioni odontoiatriche;
- mancanza della specializzazione del medico o del tipo di visita specialistica effettuata.

Il servizio di liquidazione sarà quindi ottimizzato se i Soci eviteranno all'origine le suddette anomalie. Il Consiglio d'Amministrazione della C.A.D.G.I., durante le sue periodiche riunioni, può apportarvi delle modifiche.

Per mantenere costantemente aggiornato il contenuto del presente Regolamento, occorre tenere sotto controllo i bollettini ad esso relativi; ciò sino alla successiva riedizione.

La lista dei consiglieri è presente in Internet (www.cadgi.it - Informazioni - Elenco membri Consiglio di Amministrazione).

Il presente Regolamento è in vigore dal 1° gennaio 2020

INDICE

NORME GENERALI

- Art. 1 - Documenti
- Art. 1/bis - Bollettini di conto corrente postale
- Art. 2 - Limite minimo di rimborso
- Art. 3 - Aventi diritto al rimborso
- Art. 3/bis - Familiari a reddito non certo
- Art. 4 - Epidemie
- Art. 5 - Termine di presentazione
- Art. 6 - Illeciti
- Art. 7 - Risarcimenti da altri enti
- Art. 8 - Reclami
- Art. 9 - Casi particolari
- Art. 10 - Criteri di rimborso
- Art. 10/bis – Modalità di rimborso

PRESTAZIONI SPECIFICHE

- Art. 11 - Prestazioni Odontoiatriche
- Art. 12 - Prestazioni Ospedaliere
- Art. 12/bis - Grandi interventi chirurgici
- Art. 13 - Occhiali (incluse lenti corneali)

Art. 14 - Prestazioni Protesiche ed Ortopediche

Art. 15 - Visite specialistiche; Esami radiologici, di laboratorio e specialistici (compreso check-up)

Art. 16 - Cure specialistiche

Art. 16/bis - Ticket

Art. 17 - Spese sanitarie sostenute all'estero

Art. 18 - Rimborso massimo per nucleo familiare

Appendice A. PROSPETTO RIASSUNTIVO RIMBORSI

Appendice B. SPESE SANITARIE SOSTENUTE ALL'ESTERO - NORMATIVA DI DETTAGLIO

Contenuto della documentazione sanitaria.

Forma della documentazione sanitaria.

Documentazione valutaria.

Esclusione della documentazione valutaria.

Traduzione in lingua italiana della documentazione rilasciata dall'operatore sanitario straniero.

Persone assegnate all'estero per motivi di lavoro.

NORME GENERALI

ART. 1 - DOCUMENTI

Il rimborso viene effettuato in base a documenti originali (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") o, eccezionalmente, in base a loro copie quando l'originale debba essere presentato a Enti Pubblici; in questo caso la copia deve essere convalidata dall'Ente che ritira il documento.

Ai fini di rimborso da parte della C.A.D.G.I., i documenti suddetti devono contenere:

- data di emissione;
- numerazione progressiva;
- relativamente all'emittente:
 - nome e cognome, o ditta, denominazione o ragione sociale, se trattasi di imprese, società, enti;
 - residenza domicilio;
 - numero di partita I.V.A.;
- relativamente al destinatario:
 - nome e cognome
 - residenza o domicilio;
 - natura, qualità e quantità dei beni e dei servizi formanti l'oggetto dell'operazione;
 - corrispettivi ed altri dati necessari per la determinazione della base imponibile;
 - aliquota ed ammontare dell'imposta (o titolo di esenzione IVA, se l'operazione non è soggetta a IVA).

Qualora i documenti di cui sopra contengano corrispettivi relativi ad operazioni, anche parzialmente, esenti o non soggette ad IVA sono soggetti ad imposta di bollo prevista dalla legge.

Non saranno, pertanto, accettati documenti giustificativi di spesa fiscalmente validi per i quali non sia possibile determinare la persona destinataria della prestazione ed il tipo di prestazione, così come non saranno accettati documenti recanti cancellazioni o modifiche.

Le fatture relative ad acconti, saranno rimborsate solo a saldo della prestazione, dovranno essere allegare ed elencate sulla fattura finale di conguaglio.

Si precisa altresì che di quanto fatturato per visite mediche e cure specialistiche, il rimborso è

relativo esclusivamente al costo della prestazione medica; pertanto non possono essere considerate altre voci.

I giustificativi di spesa e tutta la documentazione a supporto della richiesta di rimborso, dovrà essere allegata esclusivamente in fotocopia, trattenendo la documentazione in originale da esibire in qualsiasi momento su richiesta insindacabile della CADGI, per le opportune verifiche.

Qualora la documentazione cartacea fosse inviata in originale al liquidatore, la medesima verrà conservata dal liquidatore e non restituita.

In caso di rimborso parziale della prestazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente, il concorso spese della C.A.D.G.I. sarà calcolato sulla quota rimasta a carico del socio.

Le indicazioni di come inoltrare le richieste di rimborso sono contenute nell' articolo:

ART. 10/BIS Modalità Di Rimborso.

ART. 1/BIS -BOLLETTINI DI CONTO CORRENTE POSTALE

Sono ammessi al rimborso i bollettini di conto corrente postale usati per il pagamento di prestazioni fornite dalle U.S.S.L.; questi documenti devono riportare i seguenti dati:

- il nominativo del beneficiario
- la sua residenza o domicilio;
- il tipo di prestazione per cui viene effettuato il pagamento;
- la data di effettuazione della prestazione.

Il bollettino deve essere sempre accompagnato dalla prescrizione medica, a qualsiasi prestazione sia riferita.

La spesa giustificata con bollettini di c.c.p. sarà rimborsata a norma del presente Regolamento, parte Prestazioni specifiche.

ART. 2 - LIMITE MINIMO DI RIMBORSO

Non sono rimborsabili singole spese di qualsiasi natura inferiori a Euro 10,33 (L.20.000). Nessuno può derogare al presente articolo.

Al fine della determinazione della spesa sostenuta, si precisa che per ogni beneficiario, le spese per esami di laboratorio, effettuati nella stessa giornata e nella stessa struttura sanitaria, suddivisi in più fatture, costituiscono un unico importo.

Tale precisazione comprende anche i tickets.

ART. 3 - AVENTI DIRITTO AL RIMBORSO

Hanno diritto ai rimborsi previsti dalla C.A.D.G.I.

1. i soci ed i soci onorari come definiti all'art.3 e 3/bis dello Statuto (di seguito indicati genericamente come "Soci" ove non espressamente menzionati);

2. i componenti il loro "nucleo familiare" come appresso specificato.

Sono considerati componenti il nucleo familiare, ai fini della C.A.D.G.I., i seguenti parenti/affini:

- il coniuge e il partner dello stesso sesso che abbia contratto una unione Civile ai sensi della legge 76/2016;
- i figli minori di 26 anni;
- i figli maggiori di 26 anni se inabili;
- i genitori;
- gli ascendenti;
- i nipoti, se affidati con sentenza del tribunale e se minori di 26 anni;
- i fratelli e le sorelle, se affidati con sentenza del tribunale e se minori di 26 anni.

Tutti i famigliari elencati al punto 2 possono beneficiare dei rimborsi C.A.D.G.I. solo se "a carico" dal punto di vista fiscale.

Non ne ha diritto il coniuge, se "lavoratore dipendente", per il quale, durante il periodo di aspettativa, il Socio potrebbe percepire temporaneamente l'assegno per il nucleo familiare, o

potrebbe averlo fiscalmente a carico.

Il Socio, all'atto della presentazione della richiesta di rimborso alla C.A.D.G.I., è tenuto a sottoscrivere

una dichiarazione in fede attestante che il beneficiario della prestazione è da considerare, a tutti gli effetti, carico di famiglia ai fini fiscali. Il Socio è tenuto a fornire alla C.A.D.G.I., su richiesta di questa, documentazione idonea a comprovare che i beneficiari, da lui/lei indicati, costituiscono carico di famiglia ai fini fiscali, pena l'esclusione dalla C.A.D.G.I.

In caso di rimborsi richiesti ed erogati a persone non aventi diritto la Giunta Amministrativa della C.A.D.G.I., a suo insindacabile giudizio, proporrà al Consiglio di Amministrazione l'esclusione del Socio e dei suoi famigliari dalla C.A.D.G.I. e procederà al recupero degli importi indebitamente rimborsati.

I Soci in aspettativa senza retribuzione possono continuare ad usufruire dell'assistenza della C.A.D.G.I., con richiesta preventiva e con il versamento del contributo, per l'intera durata del periodo di aspettativa, sulla base della retribuzione mensile teorica di inizio dell'aspettativa, senza alcuna variazione per l'intera durata dell'evento.

La concessione dell'assistenza dovrà essere deliberata, caso per caso, dalla Giunta Amministrativa della C.A.D.G.I.

ART. 3/BIS - FAMIGLIARI A REDDITO NON CERTO

I Soci con famigliari a carico a norma dell'art. 3 del presente regolamento di cui non sono in grado di stabilire il reddito annuo, per ottenere dalla C.A.D.G.I. rimborsi relativi ai famigliari in oggetto, dovranno inoltrare richiesta preventiva annuale per ogni famigliare entro il 31 Gennaio di ogni anno, indirizzandola alla Giunta Amministrativa C.A.D.G.I.:

IBM Italia S.p.A.

Segreteria CADGI

Circonvallazione Idroscalo

20090 Segrate (MI)

Entro il mese di gennaio dell'anno successivo, il Socio accerterà il requisito del carico per i famigliari e, se questo sussiste, inoltrerà alla Giunta Amministrativa CADGI le notule dell'anno precedente tenute in sospeso, in fotocopia unitamente ad una dichiarazione in fede in cui attesti che il famigliare è stato a suo carico durante detto anno.

Esempio: 31 Gennaio 2018: invio comunicazione alla Giunta di sospensione

31 Gennaio 2019: invio alla Giunta delle notule tenute in sospeso relativa all'anno 2018.

La Giunta CADGI si riserva di chiedere eventuale documentazione a supporto.

ART. 4 – EPIDEMIE

Le disposizioni del presente Regolamento non si applicano in caso di epidemia.

La Giunta Amministrativa, in tale evenienza, adotterà opportuni provvedimenti di emergenza.

ART. 5 - TERMINE DI PRESENTAZIONE

Le richieste di rimborso di spese, a qualsiasi titolo sostenute, devono essere presentate al liquidatore C.A.D.G.I. di pertinenza, entro 60gg la data riportata sul giustificativo di spesa (entro i due mesi successivi per i soci onorari). Le richieste presentate successivamente a tale termine non verranno prese in esame.

In caso di contestazione dei termini di presentazione fa fede la certificazione della data di ricezione.

Nel caso di rimborsi parziali effettuati da altri enti, il termine di presentazione decorre dalla data di

rimborso dell'ente stesso, che in questo caso, deve essere indicata nel campo "data fattura" della richiesta di rimborso

Per i Soci assegnati all'estero, il termine si identificherà entro 60 gg a quello, documentabile, dell'avvenuta definizione degli interventi da parte degli enti locali, quando esistano accordi internazionali in tal senso.

Le richieste di rimborso spese mediche:

1. inserite nel tool online e non completate con l'invio al liquidatore dei documenti necessari entro 60 giorni dall'inserimento

2. sospese dal liquidatore, in attesa di azioni da parte del Socio e non risottomesse entro 60 giorni dalla sospensione

trascorsi i termini sopra indicati non saranno rimborsabili.

ART. 6 – ILLECITI

Qualunque cifra indebitamente ricevuta dovrà essere restituita.

Nei casi di frode, la Giunta Amministrativa deciderà sulla esclusione del Socio e dei suoi famigliari dalla partecipazione alla C.A.D.G.I.

ART. 7 - RISARCIMENTI DA ALTRI ENTI

Dovranno essere restituiti i rimborsi C.A.D.G.I. per spese per cui il Socio abbia comunque altrimenti ricevuto il risarcimento.

ART. 8 – RECLAMI

Eventuali reclami debbono essere indirizzati alla Giunta Amministrativa entro un mese e per iscritto. Le decisioni della Giunta sono inappellabili e non costituiscono precedenti.

Le richieste alla Giunta devono essere inviate alla Segreteria CADGI (MISEG100) con l'utilizzo dei moduli RR1 (Pensionati) o RR2 (Dipendenti) presenti nella sezione modulistica del sito www.cadgi.it, accompagnate dalla copia di tutta la documentazione.

In caso di pratiche già elaborate dal liquidatore è necessario allegare copia dell'estratto conto della pratica.

ART. 9 - CASI PARTICOLARI

Ogni decisione su casi particolari è rimessa alla Giunta Amministrativa.

ART. 10 - CRITERI DI RIMBORSO

I Soci ed i famigliari potranno rivolgersi a medici del Servizio Sanitario Nazionale, a Reti di strutture mediche convenzionate con prestazioni a tariffe convenzionate qualora esistenti, a medici ed organizzazioni di propria fiducia, ferme restando le misure del rimborso previste agli articoli che seguono.

Non sono rimborsabili le cure, gli interventi, le applicazioni ed i prodotti aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva.

Rimane fermo il diritto della C.A.D.G.I. di compiere accertamenti tramite medici di fiducia.

In nessun caso l'I.V.A., eventualmente compresa nelle notule presentate al rimborso, verrà considerata quale base di calcolo per gli interventi della C.A.D.G.I.

Le percentuali di rimborso per le spese sostenute per le varie prestazioni ed i loro massimali annui, per gruppo familiare, sono quelli vigenti alla data del documento presentato per il concorso spese della C.A.D.G.I.

ART. 10/BIS - MODALITA' DI RIMBORSO

Relativamente alle spese sostenute nel caso di utilizzo di reti di strutture mediche a tariffe convenzionate con modalità "diretta", il socio pagherà alla struttura solo la quota che rimarrà a suo carico e che non potrà essere presentata per un ulteriore rimborso.

I dipendenti assenti per aspettativa di qualsiasi tipo o per assenze prolungate che non avessero la possibilità di inoltrare le richieste on line, potranno utilizzare il modulo RR-2 inviando la richiesta di rimborso alla segreteria CADGI la quale, dopo le opportune verifiche, la inoltrerà al liquidatore per l'inserimento dei dati nel tool on line.

I soci onorari che non avranno la possibilità di utilizzare l'applicazione on line potranno utilizzare il modulo RR-1 inviando la richiesta al liquidatore per l'inserimento dei dati nel tool on line.

Il liquidatore provvederà a modificare gli eventuali errori relativi agli importi richiesti a rimborso e alla tipologia di spesa, indicati dal socio.

I soci riceveranno i rimborsi delle notule presentate tramite accredito in conto corrente bancario.

I soci onorari riceveranno i rimborsi delle notule presentate tramite assegno circolare (solo se sprovvisti di c/c bancario o postale) o bonifico bancario.

L'elaborazione mensile delle disposizioni di pagamento, che avverrà il 10 di ogni mese o nel primo giorno utile lavorativo antecedente in caso di festività, sarà inviata dalla CADGI all'istituto bancario che provvederà ad effettuare il pagamento dei rimborsi con valuta indicata dalla CADGI.

In concomitanza con le eventuali chiusure aziendali o per particolari esigenze, il calendario delle disposizioni di pagamento potrà subire delle variazioni che saranno decise dalla CADGI, dandone comunicazione ai soci.

Le pratiche processate entro il giorno precedente l'elaborazione delle disposizioni di pagamento saranno liquidate nel mese corrente, quelle processate dopo l'elaborazione andranno in liquidazione al mese successivo.

Le modalità di come inoltrate le richieste di rimborso sono contenute nella procedura:

PROCEDURA PER LA RICHIESTA DI RIMBORSI CADGI

PRESTAZIONI SPECIFICHE

ART. 11 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Rientrano in questa voce le visite, le cure conservative, le cure protesiche e le cure ortodontiche.

Le prestazioni effettuate da odontotecnici, relativamente alla sola fornitura di protesi dentarie e di apparecchi ortodontici, sono rimborsabili nell'ambito delle regole sopraindicate.

I giustificativi di spesa dovranno portare indicato il dettaglio delle prestazioni effettuate e dei compensi rispettivamente corrisposti, ad eccezione delle notule relative a prestazioni ortodontiche.

Gli esami radiologici odontoiatrici eseguiti presso lo studio dentistico se fatturate separatamente e con la prescrizione medica, rientrano nelle prestazioni esami radiologici indicate dall'art.15.

Le prestazioni odontoiatriche effettuate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale (ASL e/o Strutture Ospedaliere del S.S.N.) danno diritto al rimborso del 65% nei limiti del massimale previsto per le prestazioni odontoiatriche.

Elenco delle ASL di ciascuna Regione con relativa sigla:

in Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Piemonte, Puglia e Sardegna sono denominate Azienda Sanitaria Locale (**ASL**); in Valle d'Aosta Azienda USL della Valle d'Aosta (**AUSL VDA**); in Lombardia Azienda socio sanitaria territoriale (**ASST**); in Trentino Azienda provinciale per i servizi sanitari (**APSS**); in Alto Adige Azienda sanitaria dell'Alto Adige (**ASDAA**); in Veneto Unità locale socio sanitaria (**ULSS**); in Friuli-Venezia Giulia Azienda per l'assistenza sanitaria (**ASS**); in Emilia-Romagna, in Toscana ed in Umbria Azienda unità sanitaria locale (**AUSL**); nelle Marche Azienda sanitaria unica regionale (**ASUR**); nel Molise Azienda sanitaria regionale del Molise (**ASREM**); in Basilicata, in Calabria e in Sicilia Azienda sanitaria provinciale (**ASP**).

ART. 12 - PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Le prestazioni che rientrano sotto questa voce sono:

1. Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di consumo
2. Accertamenti diagnostici effettuati durante il periodo di ricovero.
3. Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi e medicinali purché effettuati durante il periodo di ricovero.
4. Retta di degenza.
5. Trasporto con autolettiga.
6. Assistenza di pronto soccorso.
7. L'eventuale retta giornaliera per un genitore nel caso di ricovero di bambini di età inferiore ai 4 anni; nel caso di età superiore il rimborso sarà concesso solo se, da parte della Direzione dell'Ospedale o della Clinica, venga richiesta, esplicitamente ed in forma scritta l'assistenza del genitore.
8. Interventi ambulatoriali.

Quanto previsto nei precedenti punti 1, 2, 4 nel caso di Day Hospital.

Fatto salvo quanto stabilito dall' Art.10, la richiesta di rimborso deve essere sempre accompagnata dalla Scheda di Dimissioni Ospedaliera (SDO) o documento equivalente che indichi il tipo di intervento.

Restano escluse, in ogni caso, spese non strettamente mediche quali: telefonate, viaggi, sistemazione per accompagnatori.

I rimborsi a fronte di trasporto con autolettiga vengono effettuati esclusivamente per i trasporti dal luogo dell'incidente o dal domicilio fino al posto di Pronto Soccorso od Ospedale più vicino.

Sono esclusi rimborsi per ricoveri in case di riposo per anziani.

ART. 12/BIS - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

I grandi interventi chirurgici, così come definiti dal D.P.R 1763/65 e successive modificazioni, sono oggetto di una copertura assicurativa stipulata dalla C.A.D.G.I.; tutti i riferimenti sono contenuti nella sezione della 'home page' dedicata.

ART. 13 - OCCHIALI (INCLUSE LENTI CORNEALI)

Rientrano in questa voce gli apparecchi per la correzione di difetti o carenze visive della persona, con l'esclusione di lenti scure o simili tendenti a limitare la sensibilità alla luce.

Per avere diritto al rimborso occorre presentare anche la prescrizione di un medico oculista o l'esame dell'optometrista/ottico, la validità della quale è limitata a 24 mesi dalla data di emissione. Nel caso il documento di spesa riporti l'indicazione delle diottrie/visus non sarà necessario allegare la prescrizione di cui sopra.

La fattura deve sempre riportare le eventuali spese per le lenti e, separatamente, quelle per la montatura.

Nel caso di sostituzione della sola montatura, il documento di spesa dovrà riportare esplicitamente che trattasi di montatura per lenti da vista, riportandone la gradazione, fornite dal committente. Qualora l'acquisto di occhiali completi fosse fatto in farmacia o nei reparti di ottica di un supermercato, sarà ritenuto valido anche lo scontrino parlante, che evidenzia la natura dell'acquisto, la valorizzazione dell'IVA e il codice fiscale del beneficiario fermo restando l'obbligo di allegare la prescrizione di un medico oculista o l'esame dell'optometrista/ottico, la validità della quale è limitata a 24 mesi dalla data di emissione.

ART. 14 - PRESTAZIONI PROTESICHE ED ORTOPEDICHE

Rientrano in questo articolo le spese per l'acquisto e la riparazione di apparecchi e protesi tese al ripristino della funzionalità fisica ed alla correzione di menomazioni fisiche della persona.

Gli apparecchi e le protesi ammesse al rimborso sono quelli appartenenti alle seguenti categorie:
Protesi per amputazione di arto

Plantari e Talloniere

Protesi acustiche

Rialzi

Protesi per laringectomizzati

Calzature ortopediche

Protesi oculari

Apparecchi ortopedici per arto e Tutori

Protesi addominali

Apparecchi ortopedici per tronco incluse Fasce, Pancere e assimilabili

Protesi fisiognomiche

Ausili per incontinenti entero-urostomizzati

Per avere diritto al rimborso occorre presentare la prescrizione di un medico specialista in materia o, per gli apparecchi acustici, l'esame audiometrico rilasciato dal Laboratorio Specialistico; la validità della prescrizione o esame audiometrico è limitata a 24 mesi dalla data di emissione.

Non verranno rimborsate le spese relative all'acquisto di pile per apparecchi acustici od altro materiale di consumo.

ART. 14 BIS – CANI GUIDA PER NON VEDENTI E INTERVENTI DI RIABILITAZIONE VISIVA IN ORIENTAMENTO E MOBILITA' PER DISABILI VISIVI

Rientrano in questo articolo le spese sostenute per le cure dei cani guida, qui assimilati alle protesi, delle persone non vedenti aventi diritto al rimborso. Tali tipologie di spesa sono eccezionalmente contemplate in quanto il cane guida viene riconosciuto quale mezzo per conseguire una piena e totale autonomia a disposizione delle persone prive della vista, e quindi di particolare valore sociale. Le spese ammesse al rimborso sono:

- visite mediche veterinarie
- interventi chirurgici
- ricovero in clinica veterinaria
- esami specialistici

Per avere diritto al rimborso occorre presentare idonea certificazione attestante che trattasi di cane guida per non vedente, nonché certificazione veterinaria per gli esami, gli interventi e i ricoveri, oltre alla idonea documentazione fiscale (fattura del veterinario).

Le spese sostenute per Interventi di riabilitazione visiva in orientamento e mobilità.

Per avere diritto al rimborso occorre presentare fattura con l'indicazione della prestazione e che la stessa è stata da persona abilitata all'esercizio di tale attività.

ART. 15 - VISITE SPECIALISTICHE; ESAMI RADIOLOGICI, DI LABORATORIO E SPECIALISTICI (COMPRESO CHECK-UP)

La ricevuta delle visite specialistiche dovrà evidenziare la specializzazione del medico o, in alternativa, il tipo di visita specialistica effettuata.

Si rammenta che, per la legge italiana, un medico è considerato specialista quando opera nell'ambito di un diploma di specializzazione rilasciatogli da una Università Italiana; quando opera al di fuori di questo ambito è considerato medico generico.

Sono escluse dal rimborso le visite non aventi carattere terapeutico (es. visite medico-sportive, per idoneità, certificazioni per abilitazioni ecc.), e le visite omeopatiche (la legge non riconosce questa specializzazione).

Le sedute di psicoterapia e logoterapia rientrano in questo articolo; per il loro rimborso occorre presentare, ogni volta, fotocopia della prescrizione del proprio medico curante, la validità della quale è limitata a 12 mesi dalla data di emissione.

Le visite e le prestazioni Podologiche rientrano in questo articolo; per il loro rimborso occorre

presentare, ogni volta, fotocopia della prescrizione medica, la validità della quale è limitata a 12 mesi dalla data di emissione.

In caso di visite specialistiche per perizie legali è rimborsabile la visita non la perizia. Quindi, sulle fatture dovranno essere indicati, chiaramente distinti, i due importi.

Le visite di controllo generale (check-up) verranno rimborsate una sola volta all'anno per persona. Rientrano nelle prestazioni del presente articolo, gli esami radiologici odontoiatrici eseguiti presso strutture sanitarie, con relativa prescrizione medica.

Sono ammesse al rimborso le visite specialistiche Dietologiche solo se effettuate da un Me-dico Dietologo o Specialista in Scienza dell'Alimentazione; per il loro rimborso occorre presentare, ogni volta, fotocopia della prescrizione medica, la validità della quale è limitata a 12 mesi dalla data di emissione.

Le visite odontoiatriche/ortodontiche rientrano nell'ART. 11-PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE.

Gli esami di laboratorio devono riportare il dettaglio degli esami effettuati; le richieste di rimborso relative a Check-up devono riportare il dettaglio degli esami e delle eventuali visite effettuate.

ART. 16 - CURE SPECIALISTICHE

Premesso che il Socio è normalmente tenuto ad usufruire delle prestazioni di Servizio Sanitario Nazionale, in caso di insufficiente intervento dello stesso egli e i suoi famigliari potranno richiedere l'intervento della C.A.D.G.I.

Le prestazioni ammesse al rimborso sono:

Agopuntura	Magnetoterapia	Psicomotricità
Chiroterapia	Manipolazioni	Radarterapia
Correnti interferenziali	Manu medica	Raggi infrarossi
Crioterapia	Marconiterapia	Rieducazione funzionale
Diadinamica	Massaggi shiatsu	Rieducazione neuromotoria
Faradoterapia	Massaggio connettivale	Rieducazione per cardiopatici
Fisiokinesiterapia	Massaggio riflessogeno	Rieducazione respiratoria
Fisioterapia	Massaggio strumentale	Tekar Terapia
Fleboterapia sclerosante	massoterapia distrettuale	Tens
Fotochemioterapia	Massoterapia segmentaria	Terapia antalgica
Fototerapia	Meccanoterapia	Terapia del dolore
Galvanoterapia	Mesoterapia	Terapia osteoarticolare
Ginnastica vascolare	Mobilizzazioni articolari	Terapia vertebrale
Idrocolonterapia	Onde d'urto	Trazioni
Idrokinesiterapia	Ossigenoterapia iperbarica	Ultrasuoni
Infiltrazioni	Osteopatia	Vaccini desensibilizzanti

Ionoforesi	Ozonoterapia	Vacuumterapia
Ippoterapia	Paraffinoterapia	Vasculoterapia occlusiva
Kinesiterapia	Pressoterapia	Vibromassaggi
Laserterapia	Prestazioni Ortottiche	

Per avere diritto al rimborso occorre presentare la prescrizione medica della cura; la validità della quale è limitata a 12 mesi dalla data di emissione. La stessa deve essere effettuata presso una struttura sanitaria.

In caso contrario, dovrà essere apposto in fattura il timbro del responsabile sanitario della struttura. La prescrizione medica può NON essere presentata nel caso in cui la cura, già ammessa al rimborso, sia stata effettuata presso una struttura pubblica e per le somme pagate quale concorso spese al Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Le eventuali iniezioni sottocutanee per vaccini desensibilizzanti rientra nella cura prevista in quest'articolo; debbono essere esplicitamente prescritte e la prescrizione, valida per un anno, deve essere allegata, anche in fotocopia ad ogni richiesta di rimborso.

Limitatamente alle cure elencate nel regolamento effettuate presso le strutture termali la rimborsabilità potrà avvenire previa presentazione della prescrizione medica trascritta sul modulo del Servizio Sanitario Nazionale e rilasciata esclusivamente dal proprio medico di famiglia.

ART. 16/BIS – TICKET

Rientrano in questo articolo le somme pagate a qualsiasi titolo dai soci quale concorso spese al S.S.N. per le prestazioni previste dal presente regolamento.

Sul documento di spesa dovrà essere espressamente indicato dall'ente emittente che trattasi di ticket o di prestazione convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale.

Il Ticket dovrà indicare il tipo di prestazione effettuata e il destinatario della stessa.

In assenza di tali indicazioni, dovrà essere allegata copia della prescrizione medica.

ART. 17 - SPESE SANITARIE SOSTENUTE ALL'ESTERO

Il rimborso delle spese mediche, chirurgiche, specialistiche e sanitarie in genere sostenute all'estero è ammessa ove le stesse siano rimaste effettivamente a carico del Socio a norma dell'art. 3 del presente Regolamento e rientri nelle categorie previste negli articoli 11/12/13/14/15/16.

Anche per questi rimborsi sono valide le prescrizioni degli articoli da 1 a 10 del presente Regolamento, ove non modificati dai successivi paragrafi dell'appendice B.

I rimborsi effettuati in forza del presente articolo saranno imputati alle corrispondenti voci valide per le prestazioni effettuate sul territorio nazionale contribuiranno ad erodere il relativo massimale. Si ricorda che in occasioni di viaggi, anche saltuari, all'estero, è possibile richiedere dal S.S.N. l'estensione della copertura assicurativa al di fuori del territorio nazionale, qualora esista la convenzione.

Il dettaglio delle norme da seguire è riportato nell'appendice B.

ART. 18 - RIMBORSO MASSIMO PER NUCLEO FAMILIARE

Il rimborso massimo annuo per ogni nucleo familiare è quello vigente alle data della emissione della fattura.

APPENDICE A. PROSPETTO RIASSUNTIVO RIMBORSI

Il seguente prospetto riassume le percentuali ed i massimali annui per la classe di prestazione e per gruppo familiare vigenti alla data del presente regolamento.

CODICI	DESCRIZIONE	% RIMBORSO	MAX RIMBORSO ANNUO
A0	Prestazioni odontoiatriche	55%	Euro 2.600
A1	Prestazione odontoiatriche presso Strutture del Servizio Sanitario Nazionale (ASL e/o strutture Ospedaliere del S.S.N.)	65%	
B1	Assistenza Pronto Soccorso	75%	Euro 2.600
B2	Trasporto autolettiga		
B3	Ricovero ospedaliero		
C0	Occhiali	75%	Euro 300
D1	Prestazioni ortopediche	75%	Euro 1.550
D2	Apparecchi acustici		
E1	Visite specialistiche	75%	Euro 1.800
E2	Esami radiologici		
E3	Esami di laboratorio		
E4	Check-up		
E5	Altri esami specialistici		
F1	Cure specialistiche	75%	Euro 1.000
T1	Ticket	100%	
G1	Spese mediche per cane guida di non vedente	70%	Euro 300
	Voci riservate al personale assegnato all'estero		
Z1	Ricovero ospedaliero (corsia)	100%	
	Rimborso massimo annuo		Euro 4.200

APPENDICE B. SPESE SANITARIE SOSTENUTE ALL'ESTERO - NORMATIVA DI DETTAGLIO

Contenuto della documentazione sanitaria

Per quanto attiene alle spese chirurgiche sostenute sia in istituzioni pubbliche che in case di cura private, il rimborso riguarda tutte le spese direttamente connesse all'operazione sostenuta, compresi i medicinali occorrenti, le trasfusioni di sangue, le spese di ricovero, degenza e cura comunque qualificate, anche se separatamente ed indipendentemente attestata dai vari percipienti.

Non occorre alcuna particolare attestazione di un medico italiano circa la necessità di un intervento all'estero.

Restano escluse le spese per operazioni di chirurgia estetica (comprese le spese di cura connesse), nonché tutte quelle spese inerenti al conforto ai bisogni non essenziali del malato. Restano altresì escluse le spese non direttamente ed immediatamente inerenti al ricovero e alla cura, quali le spese di viaggio o di trasporto quelle di soggiorno estranee al ricovero, le spese disoggiorno e mantenimento nella località estera di eventuali accompagnatori. Per quanto attiene alle spese specialistiche, nessuna preclusione si pone in ordine all'oggetto delle stesse, comprese le prestazioni specialistiche effettuate ambulatorialmente. Per quanto riguarda la qualificazione professionale dell'operatore sanitario che effettua la prestazione, potrà considerarsi prestazione specialistica quella che risulti prestata nell'ambito di una specializzazione riconosciuta dall'Ordinamento Sanitario Italiano.

Forma della documentazione sanitaria

Sarà considerata regolare la documentazione (fattura, quietanza, notula, parcella, dichiarazione liberatoria ecc.) formalmente proveniente da un operatore sanitario straniero; che contenga, cioè, oltre alla denominazione, ragione sociale, o qualità professionale dell'operatore in questione, l'esplicito riferimento all'attività sanitaria esercitata dal soggetto che rilascia la documentazione e alla prestazione effettuata.

Non è chiaramente necessario che sia indicato il numero di codice fiscale o il numero di partita I.V.A., in quanto la documentazione proviene da paesi che non adottano la normativa italiana.

Documentazione valutaria

Alla richiesta di rimborso deve essere allegata la documentazione valutaria rilasciata dalla Banca d'Italia e/o dalle banche agenti. La citata documentazione deve contenere sia l'indicazione della valuta estera acquistata, sia il relativo controvalore in Euro; questi valori debbono essere tali da coprire la somma di cui si chiede il rimborso, e la data del documento non deve essere anteriore di un mese all'inizio della prestazione, né posteriore. Conseguentemente, tutti gli importi di spesa in valuta estera, risultanti dalla documentazione presentata, andranno tradotti in Euro secondo il tasso di cambio risultante dalla documentazione valutaria.

Secondo le disposizioni valutarie in materia, per le spese di cura è consentita anche l'utilizzazione di carte di credito personali, rilasciate da enti autorizzati all'emissione dal Ministero del Commercio Estero; ove fosse dimostrato il sostenimento di spese sanitarie in senso proprio direttamente attraverso la carta di credito, la prova della disponibilità della valuta potrà essere data mediante apposita dichiarazione dell'ente che ha rilasciato la carta di credito.

Esclusione della documentazione valutaria

Ove l'importo della spesa sanitaria sostenuta all'estero rientri nel massimale valutario in Euro esportabile senza formalità, si consente che questa spesa sia documentata prescindendo dall'allegare la documentazione valutaria; in questo caso sarà utilizzato il tasso di cambio fisso mensile IBM per conversione in vigore alla data riportata sul documento di spesa.

Traduzione in lingua italiana della documentazione rilasciata dall'operatore sanitario straniero.

Ove la documentazione sanitaria sia rilasciata dall'operatore straniero in lingua originale o in altra lingua, è necessario allegare una traduzione della stessa in lingua italiana, redatta a cura dell'interessato e da lui sottoscritta per garantirne la veridicità.

Persone assegnate all'estero per motivi di lavoro

Le persone assegnate all'estero per motivi di lavoro, al fine di garantire loro le medesime condizioni di cui avrebbero goduto rimanendo in Italia, possono richiedere il rimborso anche per il ricovero ospedaliero in corsia.

La presente norma é valida solo per quei paesi per i quali non è possibile richiedere al S.S.N. l'estensione della copertura assicurativa al di fuori del territorio nazionale.

Le persone assegnate all'estero per motivi di lavoro nei paesi con i quali esiste una convenzione per l'estensione della copertura assicurativa potranno richiedere rimborsi alla C.A.D.G.I. solo per l'ammontare rimasto a loro carico dopo il rimborso del Servizio Sanitario del paese in cui lavorano.