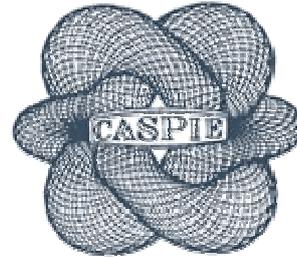




**Circolo
UniCredit Banca di Roma**



IL CIRCOLO PORTA A CONOSCENZA DEI SOCI I DISCIPLINARI CASPIE RINNOVATI PER 2 ANNI DALL'1/1/2013 AL 31/12/2014.

QUI DI SEGUITO INDICHIAMO COSTI E SCADENZE:

| | |
|-------------------------------|--|
| DISCIPLINARE 1 | € 1.340,00 A NUCLEO FAMILIARE (TITOLARE E CONIUGE) |
| DISCIPLINARE PARENTI E AFFINI | € 590,00 PROCAPITE |

I RINNOVI DOVRANNO PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE IL 31/12/2012 PRESSO LA SEGRETERIA DEL CIRCOLO IN VIA MONTAGNE ROCCIOSE 47/D - 00144 ROMA, O PER FAX. 0654243449 O PER EMAIL ALL'INDIRIZZO CASPIE@CIRCOLOBDR.IT. PER ULTERIORI INFORMAZIONI POTRETE CONTATTARE LA SIG.RA CALZARONI ALESSANDRA N. 0654243440 O IL DIRETTORE SIG. DOMENICO PALUMBO N.0654243436.

PER LE NUOVE ADESIONI, LE DOMANDE DOVRANNO PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE IL 31/01/2013 ALLA SEGRETERIA DEL CIRCOLO VIA MONTAGNE ROCCIOSE 47/D - 00144 ROMA, O PER FAX 0654243449 O PER EMAIL ALL'INDIRIZZO CASPIE@CIRCOLOBDR.IT. PER ULTERIORI INFORMAZIONI CONTATTARE LA SIG.RA CALZARONI ALESSANDRA AL N. 0654243440 O IL DIRETTORE SIG. DOMENICO PALUMBO N.0654243436.

IL DIRETTORE
DOMENICO PALUMBO

**DISCIPLINARE N. 1
PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN
QUIESCENZA ISCRITTO AL
CIRCOLO UNICREDIT BANCA DI ROMA
DI CONTRIBUTI ECONOMICI
IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE
PER MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO**

ART. 1 - ASPETTI GENERALI

La Cassa Autonoma di Assistenza Sanitaria tra il Personale dell'Istituto di Emissione (di seguito denominata CASPIE) si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente disciplinare, ad erogare al Personale in quiescenza (in seguito denominato Assistito) iscritto al Circolo Unicredit Banca di Roma (in seguito denominato Circolo) ed ai rispettivi familiari di cui al successivo art. 3, contributi economici nei casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme appresso indicate nonché dall'unità "Guida Operativa" che, allegata al presente Disciplinare, ne costituisce parte integrante e sostanziale.

ART. 2 – DECORRENZA, DURATA DEL DISCIPLINARE E LIVELLI DI ASSISTENZA

L'attività di assistenza del presente Disciplinare ha decorrenza dal 01/01/2013 e scadenza il 31/12/2014 e si intenderà rinnovata di biennio in biennio ove non disdetta da una delle parti, mediante comunicazione scritta da inviarsi tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento, che deve pervenire alla parte interessata almeno 60 giorni prima della scadenza di ciascun periodo biennale. La CASPIE e il Circolo 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 una idonea copertura assicurativa. La CASPIE e il Circolo, 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 30 novembre 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 al convivente more-uxorio (in seguito denominati Assistiti).

L'ASSISTENZA E' OPERANTE

- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti;
- senza limitazioni territoriali;
- fino al compimento del 75esimo anno di età dell'Assistito/i. L'assistenza è comunque operante fino al termine dell'anno assistenziale nel quale l'Assistito/i hanno compiuto i 75 anni.

Per coloro che abbiano compiuto il 75° anno di età e che intendano proseguire l'assistenza, dovranno compilare ed inviare alla CASPIE – non oltre il termine del mese nel quale hanno compiuto i 75 anni - il questionario sanitario che dovrà essere aggiornato annualmente e ripresentato alla CASPIE entro il primo mese di ogni nuovo anno assistenziale.

La mancata presentazione del questionario, nei termini sopra indicati, comporterà la cessazione dell'assistenza. Il diritto alle prestazioni – pur mantenendo la decorrenza retroattiva del 1° gennaio di ciascun anno assistenziale – è subordinato all'accettazione da parte della Cassa, che avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Nei casi di non assistibilità, valutata ad insindacabile giudizio della CASPIE, si provvederà al contestuale rimborso delle quote di contributo eventualmente già versate. La mancata presentazione del questionario, nei termini sopra indicati, comporterà la cessazione dell'assistenza. L'accettazione in assistenza ovvero il mantenimento della stessa da parte 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.

Fatta eccezione per l'Assistito e gli Assistiti già aderenti al "DISCIPLINARE N.1(ex 2)" al 31/12/2012, l'intervento della CASPIE:

- è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (01/01/2013) di:
 - 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
 - 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

ART. 4 - LIMITI DI ASSISTENZA

Le prestazioni di cui al presente disciplinare sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 140.000,00 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, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital:**
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (comprese protesi ed endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'assistito infermo);
 - l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
 - rette di degenza senza alcuna limitazione per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta con la CASPIE (sia struttura sanitaria che équipe medica); fino all'importo di € 250,00 giornalieri per tutti gli altri ricoveri;
 - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 90gg. 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.
 - **In caso di parto cesareo**, la CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 7.500,00 per anno/nucleo.

- 2) **In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico:**

- accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
 - rette di degenza fino all'importo di € 250,00 giornalieri;
 - accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici specialistici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.
- 3) **In caso di parto fisiologico:**
- sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;
 - rette di degenza fino all'importo di € 250,00 giornalieri;
 - la CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 2.600,00 per anno/nucleo.
- 4) La CASPIE rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 52,00 e con un massimo di 30gg.;
 - compensi a squadre di soccorso per trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario (esclusa l'autovettura), con un massimo di € 517,00 anno/nucleo per il trasporto in Italia;
 - trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore con il massimo di € 1.033,00 per evento;
 - trasporto in Italia per grandi interventi chirurgici (come da allegato elenco) in treno o in aereo con un limite di € 517,00 per evento.

Nei casi di ricovero, non effettuato in regime di convenzione diretta con la CASPIE, per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la CASPIE provvederà a rimborsare all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

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) e 3): applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di € 800,00 per ricovero.

Nessun limite di importo giornaliero viene applicato, ove previsto, per le rette di degenza.

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

lett. A punti 1), 2) e 3): applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di € 1.600,00 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 € 80,00 per i ricoveri con e senza intervento chirurgico 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 150 gg. per anno/nucleo.

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 "prestazioni di alta specializzazione", con il limite di € 1.810,00 anno/nucleo.

1) PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

- ANGIOGRAFIA
- ANGIOGRAFIA DIGITALE
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE
- BRONCOSCOPIA
- CISTOGRAFIA
- CARDIOTAC
- CHEMIOTERAPIA
- COBALTOTERAPIA
- CISTOSCOPIA
- COLONSCOPIA
- CORONAROGRAFIA
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- DIALISI
- AGOASPIRATO
- DOPPLER
- DUODENOSCOPIA
- ESAME ISTOLOGICO
- HOLTER
- ECOGRAFIA
- ELETTROCARDIOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- LASERTERAPIA
- MOC
- PANCOLONSCOPIA
- PET
- RADIOTERAPIA
- RETTOSCOPIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA
- TAC
- TELECUORE
- UROGRAFIA

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto per ogni singola ricevuta del 20% con il minimo di € 50,00.

E - PROTESI

La CASPIE rimborsa, con il limite di € 1.033,00 anno/nucleo e spese per acquisto e riparazione di protesi ortopediche.

F – ASSISTENZA INFERMIERISTICA

La CASPIE rimborsa l'assistenza infermieristica domiciliare entro il limite di € 26,00 giornalieri e per un massimo di 30 gg. anno/nucleo.

G - CURE ONCOLOGICHE

La CASPIE rimborsa, con il limite di € 6.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- chemioterapia;
- terapie radianti;
- visite specialistiche.

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate senza l'applicazione di alcuno scoperto.

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, limitatamente agli Assistiti, facoltativamente assistibili, aderenti alla CASPIE successivamente al 01/01/2008;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- i ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'assistito infermo all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'assistito infermo di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale;
- le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- interventi di cheratotomia refrattiva con laser ad eccimeri;
- le prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di day hospital, etc.);
- agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
- prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- logopedia (ove prevista) non effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato;
- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- infortuni per gli assistiti che abbiano superato il 75esimo anno di età;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assistito/i, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

ART. 7 – ADESIONI, VARIAZIONI E REVOCHE

Le adesioni in essere al 31/12/2012 al **Disciplinare N. 1 (ex n. 2)** vengono automaticamente mantenute, salvo diversa comunicazione da far qui pervenire, per il tramite del Circolo, entro e non oltre il 21/01/2013. Il termine per le nuove adesioni inerenti il Disciplinare N° 1 è entro e non oltre il 15/02/2013 .

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

Allo scadere di ogni periodo assistenziale (31/12/2014 per il primo periodo assistenziale), ed in caso di rinnovo del Disciplinare, le adesioni e/o variazioni all'assistenza saranno possibili entro il 30 novembre dell'ultimo anno di validità del Disciplinare stesso, con effetto dal 1° gennaio successivo e fermo restando la irrevocabilità per l'intero nuovo periodo biennale di vigenza.

Il mancato inserimento nell'assistenza, entro il predetto termine, impedisce successive adesioni/inclusioni nel corso del periodo di vigenza. Sono fatte salve le eccezioni di cui alle successive lett. A) e B).

A) L'inserimento in assistenza oltre il termine del 15/02/2013 può avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione dal servizio con diritto a pensione;
- b) matrimonio;
- c) *insorgere di convivenza per il coniuge e/o per il convivente more uxorio;*
- d) *venir meno – per un familiare assistibile – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.*

L'inclusione nell'assistenza deve essere richiesta entro il termine di 30 giorni dall'evento; l'assistenza decorre:

- dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello di cessazione dal servizio per il caso a);
- dalla data dell'evento per i casi da b) a d).

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 dicembre 2014 per il primo periodo assistenziale), 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) divorzio;
- c) venir meno di convivenza per il coniuge e/o per il convivente more uxorio;
- d) adesione di un familiare assistibile ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro;
- e) variazioni normative e/o contributive.

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.

ART. 8 - ONERI DEL CIRCOLO UNICREDIT BANCA DI ROMA

Il Circolo Unicredit Banca di Roma provvederà:

- all'informativa, nei confronti degli Assistiti, in ordine al Disciplinare nonché alle sue eventuali modifiche o integrazioni;
- 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 Circolo Unicredit Banca di Roma 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;
- 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".

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 parcelle 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. Periodicamente, e comunque in tempo utile per la presentazione della dichiarazione dei redditi, la CASPIE trasmette all'Assistito un estratto conto liquidativo contenente il dettaglio delle prestazioni sanitarie liquidate nell'anno precedente.

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) al netto delle spese postali e di liquidazione attualmente previste in € 2,00. 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 provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato.

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza, 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, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese ai limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, 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 i suoi familiari 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

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. 20 dello Statuto della CASPIE.

ART. 11- FORO COMPETENTE

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

LETTO APPROVATO E SOTTOSCRITTO

Roma li,

CIRCOLO UNICREDIT BANCA DI ROMA

C.A.S.P.I.E.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

INTESTINO

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

ERNIE

- Intervento iatale con tonduplicatio.

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
 - enucleazione delle cisti
 - marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

CRANIO

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotide per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari - Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

ESOFAGO

(Vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.

- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
 - a) resezione con reimpianto
 - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.
- Artroprotesi anca totale (comprensivo di ogni altro intervento preparatorio o concomitante).

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Surrenelectomia.

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

GINECOLOGIA

- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

Oculistica

- Iridocicloterazione da glaucoma.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.

**DISCIPLINARE N. 2
PER L'EROGAZIONE AI PARENTI ED AFFINI DEL
PERSONALE IN QUIESCENZA
ISCRITTO AL
CIRCOLO UNICREDIT BANCA DI ROMA
DI CONTRIBUTI ECONOMICI
IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE
PER MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO**

ART. 1 - ASPETTI GENERALI

La Cassa Autonoma di Assistenza Sanitaria tra il Personale dell'Istituto di Emissione (di seguito denominata CASPIE) si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente disciplinare, ad erogare ai Parenti ed Affini, entro il terzo grado di parentela, (di seguito denominati Affiliati), del Personale in quiescenza (di seguito denominato Assistito) iscritto al Circolo Unicredit Banca di Roma (di seguito denominato Circolo) contributi economici nei casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme appresso indicate.

ART. 2 - DECORRENZA E DURATA DEL DISCIPLINARE

L'attività di assistenza del presente Disciplinare ha decorrenza dal 01/01/2013 e scadenza il 31/12/2014 e si intenderà rinnovata di biennio in biennio ove non disdetta da una delle parti, mediante comunicazione scritta da inviarsi tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento, che deve pervenire alla parte interessata almeno 60 giorni prima della scadenza di ciascun periodo biennale. La CASPIE e il Circolo 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 una idonea copertura assicurativa. La CASPIE e il Circolo, 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 30 novembre 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 - AFFILIATI E OPERATIVITA' DEL DISCIPLINARE

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 5 è prestata, con onere a carico dell'Assistito, a favore degli Affiliati quali interamente risultanti dai rispettivi stati di famiglia.

L'ASSISTENZA È OPERANTE:

- senza limitazioni territoriali;
- fino al compimento del 75° anno di età. L'assistenza è comunque operante fino al termine dell'anno assistenziale nel quale l'Affiliato ha compiuto i 75 anni.

Fatta eccezione per gli Affiliati già aderenti al "DISCIPLINARE PARENTI E AFFINI" al 31/12/2012, l'intervento della CASPIE:

- è subordinato all'accettazione da parte della CASPIE, previo esame del questionario sanitario compilato per ogni richiedente, da allegare alla richiesta di adesione. La CASPIE si riserva di subordinare l'accettazione dell'adesione, ovvero il mantenimento dell'assistenza a determinati requisiti formali o sostanziali. L'accettazione, ovvero, il mantenimento dell'assistenza avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Negli eventuali casi di non assistibilità, valutata ad insindacabile giudizio della CASPIE, si provvederà al rimborso delle quote di contributo versate. Ove venissero accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile per l'Affiliato il ricorso alle prestazioni della CASPIE e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso dei contributi nel frattempo versati;
- è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (01/01/2013) di:

- ✓ 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- ✓ 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

ART. 4 - LIMITI DI ASSISTENZA

Le prestazioni di cui al presente disciplinare sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 120.000,00, 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, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura, in ambulatorio od in regime di Day Hospital:**
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria ed il materiale d'intervento (comprese protesi ed endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'assistito infermo);
 - l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
 - rette di degenza senza alcuna limitazione per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta con la CASPIE (sia struttura sanitaria che équipe medica); fino all'importo di € 250,00 giornalieri per tutti gli altri ricoveri non effettuati in totale regime di convenzione diretta con la CASPIE;
 - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche di fuori dell'istituto di cura nei 30 gg. precedenti il ricovero: esami, medicinali, prestazioni mediche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 90 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
 - La CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 5.000,00 per anno/nucleo **in caso di parto cesareo o aborto terapeutico.**

- 2) In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico:**
 - accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
 - rette di degenza senza alcuna limitazione per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta con la CASPIE (sia struttura sanitaria che équipe medica); fino all'importo di € 250,00 giornalieri per tutti gli altri ricoveri non effettuati in totale regime di convenzione diretta con la CASPIE;

- accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici specialistici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

3) In caso di parto fisiologico:

- sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero.
- La CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 2.600,00 per anno/nucleo.

Nei casi di ricovero, non effettuato in regime di convenzione diretta con la CASPIE, per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la CASPIE provvederà a rimborsare all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

B - SCOPERTO

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

- **Ricoveri effettuati in totale regime di 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) e 3): applicazione di uno scoperto pari al 20% con un minimo di € 800,00 per ricovero;
- **Ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la CASPIE ivi comprese tutte le prestazioni riconducibili al ricovero stesso**
lett. A punto 1), 2) e 3): applicazione di uno scoperto pari al 20% con il minimo di € 1.500,00 per ricovero.

C - PROTESI ORTOPEDICHE

La CASPIE rimborsa con il limite di € 1.035,00 anno/nucleo le spese per acquisto e riparazione di protesi ortopediche.

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, limitatamente agli Assistiti, facoltativamente assistibili, aderenti alla CASPIE successivamente al 01/01/2008;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- i ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'assistito infermo all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'assistito infermo di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale;
- le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- interventi di cheratotomia refrattiva con laser ad eccimeri;

- le prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di day hospital, etc.);
- agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
- prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- logopedia (ove prevista) non effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato;
- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assistito/i, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

ART. 7 - ADESIONI, VARIAZIONI E REVOCHE

Le adesioni in essere al 31/12/2012 al "Disciplinare Parenti e Affini" vengono automaticamente mantenute, salvo diversa comunicazione da far qui pervenire, per il tramite del Circolo, entro e non oltre il 21/01/2013. Il termine per le nuove adesioni inerenti il Disciplinare N°2 è entro e non oltre il 15/02/2013.

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

Allo scadere di ogni periodo assistenziale (31/12/2014 per il primo periodo assistenziale), ed in caso di rinnovo del Disciplinare, le adesioni e/o variazioni all'assistenza saranno possibili entro il 30 novembre dell'ultimo anno di validità del Disciplinare stesso, con effetto dal 1° gennaio successivo e fermo restando la irrevocabilità per l'intero nuovo periodo biennale di vigenza.

Il mancato inserimento nell'assistenza, entro il predetto termine, impedisce successive adesioni/inclusioni nel corso del periodo di vigenza. Sono fatte salve le eccezioni di cui alle successive lett. A) e B).

A) L'inserimento in assistenza oltre il termine del 15/02/2013 può avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- b) matrimonio;
- c) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per un familiare assistibile;
- d) venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

L'inclusione nelle assistenze decorre dalla data dell'evento e deve essere effettuata entro il termine di 40 giorni dalla predetta data.

Ai fini del pagamento dei 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 prima del 15/02/2013 può avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) venir meno di convivenza per il convivente more uxorio e/o per un familiare assistibile;
- b) adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro;
- c) decesso dell'Assistito o dell' Affiliato.

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

ART. 8 - CASI DI NON ASSISTENZA O DI ASSISTENZA CON PATTO SPECIALE

- Non sono di norma assistibili -e l'assistenza cessa al manifestarsi delle relative patologie -le persone affette da apoplezia, epilessia, infermità mentali, alcoolismo, tossicomania, diabete (solo nei casi in cui il tasso di glicemia enzimica superi i 200 mg/ 100 ml), difetti fisici rilevanti, infermità gravi e permanenti che riducano singolarmente o nel complesso l'efficienza psicofisica in misura pari o superiore al 40%;
- Nei casi di cui al comma precedente, l'eventuale assistibilità o il ripristino della stessa, può essere deliberata dalla CASPIE alle condizioni e nei limiti stabiliti in virtù di apposito patto speciale.

Al verificarsi di una delle condizioni patologiche sopra elencate deve essere inoltrata tempestiva comunicazione alla CASPIE. La mancata comunicazione rende inattivabile, per l'Affiliato, il ricorso alle prestazioni della CASPIE e non dà titolo ad ottenere il rimborso dei contributi versati fino alla data in cui tali condizioni vengono accertate dalla CASPIE stessa.

ART. 9 - ONERI DEL CIRCOLO UNICREDIT BANCA DI ROMA

Il Circolo Unicredit Banca di Roma provvederà:

- all'informativa, nei confronti degli Assistiti, in ordine al disciplinare nonché alle sue eventuali modifiche o integrazioni;
- 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 Circolo Unicredit Banca di Roma 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;
- 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".

ART. 10 - CRITERI E MODALITÀ 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 parcelle 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. Periodicamente, e comunque in tempo utile per la presentazione della dichiarazione dei redditi, la CASPIE trasmette all'Assistito un estratto conto liquidativo contenente il dettaglio delle prestazioni sanitarie liquidate nell'anno precedente.

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) al netto delle spese postali e di liquidazione attualmente previste in € 2,00. 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 provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato.

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza, 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, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese ai limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, 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.

Inoltre sui rimborsi relativi alle prestazioni di cui all'art. 5, viene istituito l'accantonamento, in un apposito fondo, del 10% delle somme rimborsate, importo che verrà riversato agli aventi diritto al termine dell'annualità nella misura consentita dai risultati di gestione, a titolo di integrazione dell'originale rimborso

ART. 11 - 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. 20 dello Statuto della CASPIE.

ART. 12- FORO COMPETENTE

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

Roma li,

CIRCOLO UNICREDIT BANCA DI ROMA

C.A.S.P.I.E.



RICHIESTA DI ADESIONE

Spett.le
C.A.S.P.I.E.
Via Sistina n. 48
00187 ROMA

e p.c. Spett.le
Circolo Unicredit Banca di Roma
Società Cooperativa a.r.l.
Via delle Montagne Rocciose 47/d
00144 Roma

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome) _____ (telefono) _____ (IBAN)

_____ (indirizzo e-mail)

Il quale alla data del/... risulta iscritto al Circolo Unicredit Banca di Roma, chiede di aderire alla sottoindicata assistenza sanitaria della CASPIE a decorrere dal (barrare l'assistenza prescelta):

- Disciplinare 1 – PERSONALE IN QUIESCENZA ISCRITTO AL CIRCOLO UNICREDIT BANCA DI ROMA**
- Disciplinare 2 – PARENTI ED AFFINI DEL PERSONALE IN QUIESCENZA ISCRITTO AL CIRCOLO UNICREDIT BANCA DI ROMA**

al fine di fruirne con i familiari con lui di seguito elencati:

| 1 | Cognome e Nome | Rapporto di parentela con il richiedente | Data di nascita | Luogo di nascita | Sesso (1) | Fiscalmente a carico (2) | Convivente (2) | Indirizzo completo | | | | | Codice fiscale |
|---|----------------|--|-----------------|------------------|-----------|--------------------------|----------------|--------------------|----|-----|-------|----|----------------|
| | | | | | | | | Via / Piazza | n. | Cap | Città | PR | |
| | | TITOLARE | __/__/__ | | | / | / | | | | | | |
| 2 | | | __/__/__ | | | | | | | | | | |
| 3 | | | __/__/__ | | | | | | | | | | |
| 4 | | | __/__/__ | | | | | | | | | | |
| 5 | | | __/__/__ | | | | | | | | | | |
| 6 | | | __/__/__ | | | | | | | | | | |

Dichiara espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento alla posizione di carico fiscale ed allo stato di convivenza, risultano corrispondenti alla realtà e che i familiari di cui sopra sono compresi per nuclei interi (come da rispettivi stati di famiglia). Pertanto si impegna a corrispondere l'importo relativo ai contributi assistenziali a carico dello scrivente per l'assistenza sanitaria erogata dalla CASPIE rilasciando al Circolo Unicredit Banca di Roma apposita autorizzazione di addebito dal proprio conto corrente. Detto importo dovrà essere riconosciuto a nome del sottoscritto alla CASPIE stessa secondo le modalità da questa comunicate.

Dichiara altresì di ben conoscere la normativa sottoscritta tra la CASPIE e il Circolo Unicredit Banca di Roma e di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva od eccezione.

Il/i sottoscritto/i dichiara/ano di aver letto l'informativa dietro riportata e di rilasciare il consenso al trattamento da parte della CASPIE dei propri dati personali e sensibili per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il/i sottoscritto/i esprime/ono il consenso anche nei confronti degli specifici soggetti di cui all'elenco richiamato nell'informativa (specialisti medici, compagnie di assicurazioni e loro società di servizi, nonché eventualmente, in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali o fiscali), per il trattamento dei dati personali e sensibili strettamente necessari allo svolgimento da parte della CASPIE delle attività di gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie.

Data..... Firma del Titolare..... e dei familiari maggiorenni/...../.....

- (1) Indicare "M" o "F" a seconda del sesso.
- (2) Indicare "SI" o "NO" a seconda che il familiare risulti o meno fiscalmente a carico e che risulti o meno convivente.



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La CASPIE, con sede in Roma, Via Sistina n. 48, in qualità di "titolare" del trattamento, è tenuta a fornire agli assistiti alcune informazioni, ai sensi dell'art.13 del DLGS 196/2003, riguardanti la raccolta e l'utilizzo dei loro dati personali ai fini dello svolgimento dell'attività di assistenza sanitaria integrativa, nonché dell'erogazione delle relative prestazioni e servizi.

Allo scopo, di seguito forniamo una precisa informativa, unitamente al modulo di adesione alla CASPIE, contenente anche il riquadro per la manifestazione del consenso, che Le chiediamo di compilare, di sottoscrivere, di far leggere e sottoscrivere dai suoi familiari maggiorenni (intendendo tutti i nominativi degli assistiti) ai quali i dati eventualmente si riferiscono.

La invitiamo inoltre a trattenere copia del modulo che, debitamente compilato anche dai propri familiari maggiorenni (quando necessario), verrà restituito alla CASPIE.

I dati personali in possesso della CASPIE sono:

- forniti direttamente dall'assistito (come nel caso dei dati di tipo sanitario),
- oppure sono raccolti per il tramite dell'azienda da cui l'interessato dipende, al momento dell'avvio del rapporto di lavoro; successivamente nel corso del prosieguo del rapporto di lavoro quando si verificano variazioni definitive o provvisorie dei dati stessi, quando la stessa azienda è parte attiva in alcune fasi della procedura di rimborso.

Le informazioni raccolte riguardano: i dati anagrafici, la qualifica aziendale se comunicata, le generalità dei familiari e/o componenti il nucleo assistito, le certificazioni mediche soggette a rimborsi.

Per l'adempimento degli specifici obblighi assistenziali assunti, la CASPIE viene necessariamente a conoscenza di tali dati, personali e sanitari, senza dei quali non sarebbe possibile il completo rimborso delle spese mediche sostenute ed una corretta gestione delle relative pratiche.

Può accadere inoltre che la CASPIE, sempre nel trattamento dei documenti e dati sanitari indispensabili per l'espletamento delle pratiche di rimborso (ad esempio, certificati di gravidanza e maternità; certificati di invalidità e appartenenza a categorie protette), possa venire occasionalmente in possesso anche di altri dati che, per la loro natura, la legge definisce sensibili (in quanto da questi dati possono eventualmente desumersi l'origine razziale ed etnica dell'interessato, le sue convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni di carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché aspetti relativi alla vita sessuale).

Per il trattamento dei Suoi dati sanitari e di eventuali altri dati di natura sensibile, ove strettamente necessari per l'erogazione di prestazioni e servizi della CASPIE, la legge sulla privacy richiede una Sua specifica manifestazione di consenso, che troverà nell'allegato modulo.

I dati sono trattati, mediante l'impiego di idonee misure di sicurezza e riservatezza, nell'ambito della normale attività di assistenza sanitaria integrativa della CASPIE, attraverso l'utilizzo di strumenti anche informatici e telematici e con modalità strettamente correlate, in particolare, al perseguimento delle finalità di:

- gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie sostenute,
- erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito,
- fornitura degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc.,
- adempimento di obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalle normative comunitarie, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo.

Salva diversa indicazione dell'interessato, alcuni dati, non sensibili, possono essere utilizzati dalla CASPIE per migliorare i rapporti con gli assistiti o per inviare comunicazioni ed informazioni relative alle proprie attività e prossime iniziative (ad esempio, pubblicazioni e riviste periodiche della Cassa).

Per lo svolgimento di diverse attività la CASPIE ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli, in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento, per l'effettuazione di lavorazioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio e delle pratiche di rimborso in genere.

In particolare, i dati sanitari forniti dagli assistiti non sono divulgati a terzi e possono essere comunicati, per la gestione, l'omologazione e la liquidazione delle richieste di rimborso, soltanto a:

- specialisti medici o consulenti comunque esercenti le professioni sanitarie,
- compagnie di assicurazioni collegate alla CASPIE e loro società di servizi,
- in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali e fiscali.

Alle società o compagnie convenzionate con la CASPIE per l'erogazione degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc. sono comunicati solo i dati anagrafici necessari a comprovare l'adesione alla Cassa.

L'elenco di tali specifici soggetti, società e professionisti è comunque disponibile presso la CASPIE e potrà essere consultato in qualunque momento.

In qualsiasi momento, l'assistito potrà verificare i dati che lo riguardano, ed eventualmente farli correggere, aggiornare o cancellare (ai sensi dell'art. 7 del DLGS 196/2003), scrivendo o contattando la CASPIE ai recapiti sopra indicati.

Tali richieste ed ulteriori informazioni potranno essere rivolte anche alla Sig.ra Sabina Di Mario, quale "responsabile" del trattamento, presso la sede di Roma, Via Sistina n.48.

Allegato 2: GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE - REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE -

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni previste dal proprio Disciplinare.

Le prestazioni sono garantite attraverso **due regimi di erogazione**:

- a) assistenza sanitaria diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario CASPIE/Previmedical (Previmedical S.p.A. Società specializzata incaricata della gestione del Network), con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico;
- b) assistenza sanitaria rimborsuale:** è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal proprio Disciplinare.

Non sono ammesse prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnicosportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso in cui l'Assistito decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N e tutte le spese del ricovero fossero a carico del S.S.N., verrà corrisposta un'indennità sostitutiva giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento nei termini previsti dal proprio Disciplinare. Si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso, salvo i casi in cui il paziente sia stato già assegnato al reparto di competenza e debba attendere in pronto soccorso la disponibilità del posto letto.

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili secondo quanto previsto dal proprio Disciplinary, è necessario avvalersi di medici o di professionisti forniti di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

In ogni caso, tutte le informazioni relative al proprio Disciplinary sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet www.caspieonline.it

Inoltre, sempre dal sito, previa autenticazione, si accede all'Area Riservata all'Assistito dove è possibile:

- a) consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati (consultabile anche dal sito www.caspie.it);
- b) compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. A.3).

L'accesso all'Area Riservata è consentita all'Assistito a cui preventivamente è stata rilasciata login e password.

Segnaliamo altresì che è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA[®]", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle seguenti attività:

- a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- b) eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- c) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso.

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § II, lett. C., "SEGUI LA TUA PRATICA[®]".

Infine, è data l'opportunità agli Assistenti, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a Previmedical, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@previmedical.it

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Previmedical S.p.A. dedicata agli assistiti della CASPIE, per ottenere la relativa autorizzazione.

A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto.

A) RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assistito deve contattare preventivamente la Centrale Operativa, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati agli Assistiti del CIRCOLO BANCA DI ROMA:

- 800.95.55.92 da telefono fisso (numero verde);
- 199.28.76.33 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);
- 0039 041.591.50.08 per chiamate dall'estero

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;

- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione.

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax**, al numero **+39 041 5907375**, alla Centrale Operativa:

- prescrizione della prestazione da effettuare; **La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto;**
- diagnosi;
- certificato medico attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura senza soluzione di continuità con CASPIE e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Disciplinare di riferimento all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

Si precisa che per i ricoveri e/o Day Hospital, non "resi necessari da malattia o infortunio", durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica e in riferimento al quadro clinico, possono essere effettuati anche in ambulatorio senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente, le spese relative alle prestazioni effettuate verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extraospedaliere.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS.



L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, della relativa autorizzazione.

A.1.2 LA PREATTIVAZIONE

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.caspieonline.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

L'Assistito deve selezionare gli Assistiti per i quali intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura.

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'Assistito.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.



Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

A questo punto l'Assisifto, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax (**041/5907375**) allegando:

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura senza soluzione di continuità con CASPIE e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.

Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Assistito dovrà provvedere ad inviare alla Centrale Operativa la documentazione come sopra indicato.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

A.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo, se previsto dal Disciplinare di riferimento, nei termini e limiti da questo previsti.

A.2 LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo A.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, **l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata.**

Nei ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Disciplinare di riferimento), nonché le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc..

Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota).

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

B) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito deve contattare preventivamente la Centrale Operativa, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati agli Assistiti del CIRCOLO BANCA DI ROMA:

- **800.95.55.92** da telefono fisso (numero verde);
- **199.28.76.33** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);
- **0039 041.591.50.08** per chiamate dall'estero

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:



- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico. **La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.**

La Centrale Operativa, verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel Disciplinare di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, ecc.).

Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assistito l'invio, a mezzo fax, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico).

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Disciplinare di riferimento all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo fax o sms o flusso web. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax, telefono o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Disciplinare di riferimento, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche "non convenzionali" (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, espositivamente i controlli di natura amministrativa e tecnico-medici del caso, della relativa autorizzazione.

B.1.2 LA PREATTIVAZIONE

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.caspieonline.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

L'Assistito deve selezionare gli Assistiti per i quali intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della Struttura Sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura.



E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'Assistito.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle Strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax (**041/5907375**) allegando:

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;

- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure Dentarie da infortunio (se previste dal proprio Disciplinare) le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

B.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a Strutture Sanitarie Convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

B.2 LA PRENOTAZIONE

Ferma restando la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo B.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuare per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la



Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informazione telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Disciplinare di riferimento). **Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.**

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

A.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare **in fotocopia (sottoscritta per copia conforme all'originale) la seguente documentazione giustificativa:**

- documentazione medica

a) prescrizione con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio (se previste dal proprio Disciplinare) le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura senza soluzione di continuità con CASPIE e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

La prescrizione deve essere stata predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore abbia anche erogato le prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto;

- b) cartella clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
- c) relazione medica** attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;
- d) certificato del medico oculista**, o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previsto dal proprio Disciplinare). Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.

Limitatamente alle lenti usa e getta il rimborso sarà riconosciuto a fronte di una modifica del visus di almeno + o - 0,50 diottrie. Si specifica inoltre, che lenti a contatto e occhiali sono presidi che possono essere adoperati esclusivamente in maniera alternativa. Non potranno pertanto mai essere rimborsate lenti e al contempo lenti a contatto facenti riferimento al medesimo difetto da correggere, nell'ambito comunque dei massimali previsti e nell'ambito dell'annualità di competenza. Si precisa inoltre che qualora sia prevista una franchigia per fornitura questa andrà intesa per singolo acquisto di lenti nell'ambito dell'annualità di competenza in cui si è verificato il cambio del visus.

Si ricorda, infine, che è necessario sempre tenere distinti gli importi per le lenti (anche a contatto) da quelli delle montature. La Compagnia assuntrice del rischio si riserva comunque la possibilità di richiedere ulteriori dettagli qualora necessario ai fini della valutazione del rimborso.

- e) quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

- **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi



di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie (sottoscritte per copia conforme all'originale) delle fatture relative al suddetto rimborso.

Qualora l'assistito abbia ottenuto il rimborso in primo luogo da altro ente assistenziale (o compagnia assicurativa) o dal SSN sulla differenza di cui viene richiesto il rimborso non viene applicata franchigia purché il rimborso ottenuto dal SSN o da altro Ente assistenziale sia superiore all'importo della franchigia prevista dal proprio disciplinare.

A.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet www.caspieonline.it (sezione: Modulistica) compilandolo in ogni sua parte ed allegando **fotocopia (sottoscritta per copia conforme all'originale)** della documentazione giustificativa di cui sopra.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

CASPIE

Ufficio liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.

Casella postale n. 109

31021 Mogliano Veneto (TV)

A.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera A.2, l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà **trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa**. A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.caspieonline.it (AREA RISERVATA).

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica. La Compagnia assuntrice del rischio si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

A.4 LA RICHIESTA DI RIMBORSO TELEMATICA

Alternativamente ai modelli di trasmissione sopra descritti l'Assistito, accedendo alla propria area riservata dal sito www.caspieonline.it (AREA RISERVATA), può accedere alle funzionalità di richiesta on-line del rimborso. Detta funzionalità consente di effettuare la compilazione del modulo di rimborso con modalità telematiche. La compilazione del modulo è guidata e consente l'indicazione da parte dell'Assistito di tutte le informazioni utili ai fini di procedere alla liquidazione dei rimborsi relativi alle prestazioni effettuate.



Al termine della compilazione on-line del modulo di rimborso, l'Assistito dovrà procedere alla stampa ed alla sottoscrizione dello stesso ed alla sua successiva trasmissione unitamente alla documentazione delle spese per le quali viene avanzata richiesta di rimborso.

A seguito della stampa del modulo, la richiesta effettuata (che potrà essere annullata in giornata da parte dell'Assistito) sarà gestita presso la Centrale Operativa, che rimarrà in attesa di ricevere la versione cartacea del modulo, congiuntamente alla prescritta documentazione, per procedere all'avvio della fase liquidativa.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente § II, lett. A.2).

B. LA CONSULETIZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet www.caspieonline.it (AREA RISERVATA), l'Assistito, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, per ogni rimborso effettuato, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso;
- tipologia prestazione medica;
- persona interessata (Assistito o familiare);
- totale rimborso.

C. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

E' a disposizione il servizio **"SEGUI LA TUA PRATICA"**: l'Assistito dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Assistito riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:



- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta.

PROCEDURA RECLAMI DELLA CASPIE

CASPIE ha definito un iter strutturato per la presentazione di reclami alla Cassa.

Il reclamo formale va indirizzato a CASPIE - Ufficio Reclami, e potrà essere trasmesso via posta, al seguente indirizzo: CASPIE Via Sistina, 48 - 00187 Roma RM, ovvero al seguente numero di fax 06/69789851, o ancora al seguente indirizzo mail: info@caspie.it, specificando nell'oggetto: reclamo. Il reclamo dovrà contenere i dati relativi al reclamante ed una quanto più esaustiva possibile descrizione degli estremi della doglianza, allegando copia della prima richiesta inoltrata e tutta la documentazione ritenuta indispensabile.

CASPIE

Cassa Autonoma di Assistenza Sanitaria tra il Personale dell'Istituto di Emissione

Via Sistina, 48 – 00187 Roma – Numero Verde: 800 254 313

Questo modulo deve essere compilato dall'interessato,
rispondendo specificatamente a tutte le domande e regolarmente sottoscritto.

ENTE: _____ TITOLARE DELL'ASSISTENZA: _____

Io sottoscritto.....
(nome e cognome)

(data di nascita)

(telefono)

Indirizzo.....
(via e numero) (c.a.p.) (città)

1) E' MAI STATO RICOVERATO IN CASA DI CURA, OSPEDALI, ECC., PER MALATTIE O INFORTUNI?

no si

EPOCA

MOTIVO DEL RICOVERO

HA SUBITO INTERVENTI OPERATORI?

no si

2) HA SOFFERTO O SOFFRE DI MALATTIE? IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA SPECIFICARE IL TIPO, L'EPOCA DI INSORGENZA E LA DURATA.

DELL'APPARATO RESPIRATORIO ?

no si

pleuriti
broncopatie
enfisema
tumori
altre

DURATA

EPOCA

DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO ?

no si

infarto
angina pectoris
ipertensione
insufficienza cardiaca
varici
artereopatie
altre

DURATA

EPOCA

DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE ?

no si

epilessia
ictus cerebrale
morbo di Parkinson
tumori
malattie psichiatriche
altre

DURATA

EPOCA

DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO ?

no si

diabete mellito
gota
alt.tiroide e paratiroidi
altre

DURATA

EPOCA

| | | | | | |
|---|----|----|--|---|--|
| DELL'APPARATO UROLOGICO ? | no | si | nefrite calcolosi renale insufficienza renale tumori altre | DURATA | EPOCA |
| DELL'APPARATO GENITALE ? | no | si | m.della prostata m.della mammella m.delle ovaie m.dell' utero altre | DURATA | EPOCA |
| DELL'APPARATO DIGERENTE ? | no | si | gastrite ulcera gastro-duodenale malattie dell'intestino tumori cirrosi epatica epatite calcolosi epatica altre | DURATA | EPOCA |
| MALATTIA DELL'APPARATO OSTEO - ARTICOLARE E LOCOMOTORE ? | no | si | artrosi artrite reumatoide altre | DURATA | EPOCA |
| DEL SANGUE ? | no | si | anemie malattie emorragiche leucemie altre | DURATA | EPOCA |
| DELL'APPARATO VISIVO ? | no | si | cataratta distacco retina glaucoma altre indicazione visus | DURATA | EPOCA |
| 3) E' STATO SOTTOPOSTO A TERAPIA RADIANTE? | no | si | EPOCA | MOTIVAZIONE SANITARIA | |
| 4) HA IMPERFEZIONI FISICHE? (specificare la natura e l'entità) SOFFRE DI PATOLOGIE CONGENITE? | no | si | alterazioni uditive alterazioni degli arti altre quali | ENTITA' | |
| 5) HA SUBITO TRAUMI O FRATTURE O LESIONI ACCIDENTALI? (specificare l'esito) | no | si | del cranio degli organi di senso degli arti di altre sedi | | |

(*) Crocettare la casella che interessa, specificando dove richiesto.

Si conferma che le dichiarazioni da me sopra fornite sono veritiere e complete e si riconosce che le stesse si riferiscono a circostanze essenziali agli effetti dell'erogazione dell'assistenza da parte delle CASPIE ai sensi della normativa assistenziale applicabile che si dichiara di ben conoscere.

In attesa di conoscere le determinazioni che verranno adottate, porgo distinti saluti.

....., lì

.....
(firma)