



NOI Coeasy Valore

**Allegato 04.01 al Regolamento
Applicativo dello Statuto**



NOI COEASY VALORE - Edizione 2025

Forma di assistenza base

Contributo associativo annuo per il socio (socio con età compresa tra 18 e 65 anni) - Euro 600,00 (Seicento/00)

Contributo associativo annuo per il coniuge (socio con età compresa tra 18 e 65 anni) - Euro 480,00 (Quattrocentottanta/00)

Contributo associativo annuo per i figli (socio con età compresa tra 0 e 25 anni) - Euro 300,00 (Trecento/00)

Contributo associativo annuo per il socio con età superiore a 65 anni - Euro 780,00 (Settecentottanta/00)

Contributo associativo annuo per il coniuge del socio con età superiore a 65 anni - Euro 660,00 (Seicentosessanta/00)

Contributo associativo annuo per il figlio del socio con età superiore a 65 anni - Euro 360,00 (Trecentosessanta/00)

L'iscrizione alla forma di assistenza base NOI COEASY VALORE può essere richiesta da tutti coloro che, in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale e dal Regolamento applicativo, all'atto della domanda di ammissione alla Società, abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e non abbiano superato il sessantacinquesimo anno di età.

L'Adesione al Sussidio avrà durata fino al 31 dicembre dell'anno successivo all'anno di sottoscrizione dell'Adesione. In assenza di revoca per iscritto, inviata a mezzo di lettera raccomandata o PEC alla sede legale della Società entro il 30 settembre dell'anno di scadenza, si rinnoverà automaticamente di anno in anno, con possibilità di disdetta, con le stesse modalità alla scadenza di ogni anno.

Il passaggio ad altra forma di assistenza è possibile solo dopo una permanenza nella forma di assistenza base NOI COEASY VALORE di almeno 3 anni e avrà decorrenza dal 1° gennaio per i soci che presenteranno domanda entro il 30 settembre.

Al compimento del sessantacinquesimo anno di età del socio, il contributo annuo passa a euro 780,00 con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo all'evento.

Tutti i servizi ed i sussidi di Coeasymutua prevedono, da parte del socio, la conoscenza e la accettazione del Regolamento Applicativo dello Statuto, allegato nella Sezione "Moduli e Documenti" del sito ufficiale <http://coeasymutua.it>, al quale si fa riferimento per tutto quanto non indicato espressamente nei successivi articoli.

Allegato al Regolamento Applicativo dello Statuto

Per capirci meglio

Chi è l'Associato?

la persona fisica iscritta regolarmente alla Mutua ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano e più in generale domiciliato nel territorio dell'Unione Europea.

Chi è l'Avente Diritto?

Il componente del Nucleo Familiare che ha diritto alle prestazioni secondo quanto previsto dal Partner Mutualistico.

Cosa è la Centrale Benessere e Salute?

gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di rimborso e delle prese in carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Assistiti per l'accesso alle prestazioni e ai servizi.

Cosa è il Centro Convenzionato?

Istituto di Cura e Centri Diagnostici Convenzionati con Coeas Mutua, che forniscono le prestazioni agli Associati.

Chi può accedere ai sussidi della Mutua?

Tutti gli Associati sia come singoli che come Nucleo di Famiglia - il coniuge ed il convivente, anche di fatto, nonché i figli fino a 25 anni, anche se non residenti con i genitori. Sono inclusi nel nucleo di famiglia i figli oltre i 25 anni, conviventi con il titolare del Sussidio a condizione che questi ultimi siano fiscalmente a carico (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata apposita autocertificazione in merito) oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66% (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito).

Cosa è il Rimborso?

la somma dovuta dalla Mutua all'Associato in caso di una prestazione rimborsabile, oggetto del Sussidio.

Se il rimborso è in "forma diretta" la Mutua pagherà direttamente al Centro Convenzionato le spese sostenute

Cosa è la Visita specialistica?

la visita effettuata da medico in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Cosa è il Periodo di carenza?

Periodo che può intercorrere tra la data di Iscrizione a Socio e la data di efficacia del Sussidio, ovvero la data dell'evento per il quale chiedere la prestazione.

In caso di malattie pregresse, ovvero patologie, infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione, la prestazione può essere richiesta decorsi tre anni completi e continuativi senza interruzioni dalla data di iscrizione alla Società, salvo specifiche indicazioni nei singoli sussidi.

Cosa è il Regolamento Generale?

L'insieme delle Regole di Funzionamento di Coeas Mutua, e dei Diritti e Doveri dei Soci, tutto stabilito ed approvato dal CdA della Mutua, al fine di garantire i principi della mutualità.

1. INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

1.1. Norme e importi del sussidio

Al socio, nel caso in cui sia sottoposto a un intervento chirurgico sussidiabile, compreso tassativamente nell'Elenco e Tariffario (Allegato A), spetta un sussidio fino alla concorrenza della somma indicata nell'articolo 1.2 del presente regolamento, per il rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative a:

- a. onorari dei chirurghi, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b. diritti di sala operatoria;
- c. materiale di intervento, compresi i trattamenti terapeutici e gli apparecchi protesici usati durante l'intervento;
- d. retta di degenza;
- e. assistenza medica e infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
- f. accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e visite specialistiche, effettuate nei 120 giorni precedenti il ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;
- g. esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari effettuati nei 120 giorni successivi all'intervento e resi necessari dallo stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille /00) per intervento;
- h. prelievo di organi o parti di essi, ricoveri relativi al donatore vivente, accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto da donatore vivente, cure, medicinali e rette di degenza per il donatore vivente;
- i. spese di trasporto con mezzo sanitario (in Italia e all'estero) o spese di rimpatrio della salma per decesso conseguente a intervento chirurgico sussidiabile avvenuto all'estero, per un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00).

1.2. Percentuale di rimborso

Il sussidio spetta per spese effettivamente sostenute, per ogni intervento chirurgico sussidiabile compreso tassativamente nell'Allegato A, e comunque fino alla concorrenza della somma di **euro 20.000,00 (ventimila/00)** per tutti gli interventi e per ogni evento.

Il sussidio di cui al precedente articolo 1.1 viene erogato alle seguenti condizioni:

- a. in caso di ricovero in strutture sanitarie convenzionate, con presa in carico in forma diretta da parte della Società, il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta;
- b. nel caso in cui il socio usufruisca solo dei punti f) g) h) i), il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta;
- c. in tutti gli altri casi, il rimborso sarà pari all'80% della spesa sostenuta.

1.3. Assistenza di ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile, a titolo di rimborso spese spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero, con un massimo di 10 giorni, pari a **euro 40,00 (quaranta/00)** giornaliera per ricovero. Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f) g) h) i) di cui al precedente articolo 1.1, il socio potrà richiedere l'assistenza di ricovero ospedaliero.

1.4. Sussidio di ricovero ospedaliero

Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f) g) h) i) di cui al precedente articolo 1.1, il socio potrà richiedere il sussidio di cui all'articolo 2 (ricovero ospedaliero) o 3 (Day Surgery - Day Hospital - Day Service con intervento – Chirurgia Ambulatoriale) del presente regolamento.

1.5. Unica richiesta di sussidio

Il socio dovrà presentare una sola richiesta di sussidio che includa la documentazione del ricovero, tutte le spese relative all'intervento, nonché le spese precedenti e successive all'intervento stesso. Eventuali ulteriori richieste di rimborso verranno sussidiate secondo quanto previsto nei successivi articoli.

1.6. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di **180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione**. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'intervento chirurgico sussidiabile è dovuto a infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato.
- 2) Documentazione analitica delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
 - c. Data di emissione
 - d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
 - f. Indicazioni di quietanzamento
- 3) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)

2 ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI

2.1 Norme e importi del sussidio

Al socio, nel caso in cui sia sottoposto ad un intervento chirurgico non compreso nell'Elenco e Tariffario (allegato A), spetta, per spese documentate, un sussidio come di seguito indicato:

- a) rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
 - b) rimborso del 80% della spesa sostenuta nei casi di interventi effettuati in regime privato.
- Il sussidio è rimborsabile fino ad un massimo di **euro 2.000,00 (duemila/00) per intervento ed euro 5.000,00 (cinquemila,00) per anno solare.**

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato.
- 2) Documentazione analitica delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
 - c. Data di emissione
 - d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
 - f. Indicazioni di quietanzamento
- 3) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)

3. DAY SURGERY – DAY HOSPITAL – DAY SERVICE CON INTERVENTO – CHIRURGIA AMBULATORIALE

3.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio nel caso in cui effettui, a seguito di malattia, infortunio o gravidanza, una delle seguenti prestazioni:

- Ricovero in regime di Day Surgery
- Ricovero in regime di Day Hospital
- Intervento chirurgico in Day Service
- Intervento ambulatoriale

Spetta un sussidio forfettario di **euro 100,00 (cento/00) per evento.**

Il sussidio spetta per un periodo massimo di **3 eventi nell'arco dell'anno solare**

il sussidio non è concesso per finalità dimagranti e sono esclusi i sussidi effettuati a domicilio.

3.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di **120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione**. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni in caso di infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) Cartella clinica ospedaliera o ambulatoriale in cui sono indicati il giorno in cui è stata eseguita la prestazione, la diagnosi e l'eventuale tipo di intervento effettuato, con l'annotazione del regime (Day Surgery / Day Hospital / Day Service / Ambulatoriale)

4. CRITICAL ILLNESS ONCOLOGICA

4.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui gli venga diagnosticata ed accertata una malattia oncologica, in data successiva all'adesione alla presente forma di assistenza, spetta un sussidio forfettario di **euro 5.000,00 (cinquemila/00)**.

Il sussidio è previsto una sola volta per persona durante tutta la vita associativa.

Per "malattia oncologica" si intende qualsiasi neoplasia maligna invasiva. Inoltre, sono inclusi i tumori benigni o di malignità non specificata solo relativamente all'encefalo e agli altri organi del sistema nervoso centrale.

La patologia dovrà essere comprovata da un referto isto-patologico.

4.2. Esclusioni

Sono esclusi dal presente sussidio le seguenti:

- Malattia insorta prima della decorrenza della presente copertura;
- Casi di recidiva.

4.3. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) Cartella Clinica e Relazione medica della patologia esistente contenente la diagnosi della malattia oncologica con la data della sua sopravvenienza
2) Prova istologica di malignità confermata da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo

5. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

5.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui richieda prestazioni odontoiatriche di prevenzione presso Studi dentistici convenzionati previa prenotazione, Mutua Cesare Pozzo provvede al pagamento diretto delle relative spese, a condizione che il socio abbia precedentemente attivato la presa in carico contattando Infocenter.

Ai fini del sussidio sono previste le seguenti prestazioni odontoiatriche:

- ablazione del tartaro
- visita specialistica odontoiatrica

Le prestazioni devono essere effettuate in unica soluzione. Il sussidio è previsto **una sola volta nell'arco dell'anno solare**.

5.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di **120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione**.

5 bis. CURE ODONTOIATRICHE

5 bis.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui prestazioni odontoiatriche presso studi dentistici convenzionati, viene riconosciuto un sussidio pari al 100% della spesa effettivamente sostenuta, fino alla concorrenza della somma indicata **nell'Elenco e Tariffario (Allegato B)**.

Alla richiesta di sussidio deve essere allegata la **“Scheda lavori odontoiatrici CP”** compilata con indicazione delle singole prestazioni, dei codici del Nomenclatore, degli elementi dentari e dei costi per le singole prestazioni, sottoscritta dal medico che ha effettuato la prestazione.

Le fatture di acconto verranno considerate valide solo se presentate insieme alla fattura di Saldo.

Le eventuali fatture di acconto non accompagnate dalla fattura di saldo, vengono rimborsate solo per le prestazioni previste nell'aera “Ortodonzia”, massimo una volta per anno solare.

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 800,00 (ottocento/00) nell'arco dell'anno solare.

5 bis.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) Documentazione analitica delle spese (fattura, nota, parcella, “fattura/ricevuta fiscale”) contenente:

- a. Indicazioni dell'assistito
- b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
- c. Data di emissione
- d. Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate
- e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
- f. Indicazioni di quietanzamento

2) Scheda lavori odontoiatrici CP” compilata, con indicazione delle singole prestazioni, dei codici del Nomenclatore, degli elementi dentari e dei costi per le singole prestazioni

6. ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

6.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui un esame di Alta diagnostica strumentale o di Alta specializzazione, spetta, per ogni esame effettuato, un sussidio come di seguito indicato:

- a. rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b. rimborso del 80% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un massimo di euro 100,00 (cento/00);
- c. per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di **euro 40,00 (quaranta/00)** per esame, tale importo deve essere versato dal socio direttamente alla struttura convenzionata. La parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di Alta diagnostica strumentale e Alta specializzazione i seguenti esami:

- angiografia;
- risonanza magnetica nucleare (Rmn);
- scintigrafia;
- tomografia ad emissione di positroni (Pet);

- tomografia assiale computerizzata (Tac);
- ecocardio-colordoppler;
- ecocardiogramma;
- doppler - ecodoppler;
- elettromiografia;
- mammografia;
- mineralometria ossea computerizzata.

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di **euro 1.000,00 (mille/00)** nell'arco dell'anno solare.

6.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di **120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione**. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'esame diagnostico è dovuto a infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
 - c. Data di emissione
 - d. Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
 - f. Indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)
- 3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia. *(vedi articolo norme generali)

7. ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI ed ESAMI DI LABORATORIO

7.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui un esame di diagnostica strumentale o/e degli esami di laboratorio, spetta, un sussidio pari a:

- a. Rimborso del 50% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b. rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale.

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di **euro 250,00 (duecentocinquanta/00)** nell'arco dell'anno solare.

7.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di **120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione**. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'esame è dovuto a infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
 - c. Data di emissione
 - d. Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
 - f. Indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)
- 3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia. *(vedi articolo norme generali)

8. VISITE SPECIALISTICHE

8.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui una visita specialistica, spetta per ogni visita, un sussidio pari a:

- a. Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b. rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di visite specialistiche effettuate in regime privato o intramurale fino a un massimo di euro 100,00 (cento/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di due visite specialistiche per anno solare per ogni singola specializzazione;
- c. per visite specialistiche effettuate in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 40,00 (quaranta/00) per visita, tale importo deve essere versato dal socio direttamente alla struttura convenzionata. La parte rimanente è a carico della Società. Sono rimborsabili massimo tre visite per anno solare.

La visita psichiatrica (al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia) e la visita dietologica (solo se effettuata da medico/dietologo, chirurgo/scienze dell'alimentazione, ad esclusione del dietista), sono previste una sola volta per l'intera vita associativa del socio.

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 200,00 (duecento/00) nell'arco dell'anno solare.

8.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di **120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione**. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se la visita è dovuta a infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
 - c. Data di emissione
 - d. Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
 - f. Indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)
- 3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia. *(vedi articolo norme generali)

9. CURE RIABILITATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO

9.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di infortunio, è riconosciuto un sussidio pari al 100% della spesa sostenuta per ogni ciclo di terapia. I cicli di terapie devono essere effettuati entro 365 giorni dall'infortunio.

Il sussidio è erogato esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché i cicli di cure riabilitative siano prescritti da un medico di base o da uno specialista la cui competenza sia inerente alla patologia e che siano effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Le spese vengono riconosciute esclusivamente se eseguite presso centri medici specializzati e autorizzati dagli Enti competenti all'esercizio di attività sanitarie fisioterapiche, da terapisti della riabilitazione regolarmente abilitati ovvero da osteopati.

La documentazione relativa a un ciclo di cura, una volta concluso, dovrà essere allegata alla medesima richiesta di sussidio. Non verranno presi in considerazione richieste di sussidio con cicli di cura non conclusi. Non sono comprese le prestazioni effettuate presso palestre,

club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Per il diritto al sussidio è necessaria la presenza di un certificato del Pronto Soccorso attestante l'infortunio.

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro **500,00 (cinquecento/00)** nell'anno solare e per infortunio.

9.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 30 giorni a decorrere dalla data d'iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
 - c. Data di emissione
 - d. Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
 - f. Indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)
- 3) Certificato del Pronto Soccorso attestante l'infortunio.
- 4) prescrizione del proprio medico curante. *(vedi articolo norme generali)

10. INTERVENTI CHIRURGICI OCULISTICI

10.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui effettui terapie di seguito specificate, viene corrisposto l'80% del documento fiscale comprovante l'avvenuto intervento e le relative spese sostenute (per visite specialistiche ed esami diagnostici), fino a un massimo complessivo di euro **1.200,00 (milleduecento/00)**.

L'importo massimo del rimborso è erogato una sola volta per persona, sia con intervento a un solo occhio sia a entrambi gli occhi, anche in tempi diversi.

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti interventi:

- laserchirurgia della cornea o trattamenti laser ad eccimeri o con altra tecnica chirurgica per la correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- cheratomileusi intrastomale associata a laser;
- terapia fotodinamica con verteporfine.

10.2. Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di **730 giorni a decorrere dalla data d'iscrizione**.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Cartella clinica o certificazione sanitaria del medico oculista attestante il tipo di intervento praticato e la diagnosi della malattia che ha richiesto l'intervento
- 2) Documentazione analitica delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
 - c. Data di emissione
 - d. Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
 - f. Indicazioni di quietanzamento
- 3) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. *(vedi articolo norme generali)

Le prestazioni di rimborso spese sanitarie ed i sussidi di Noi Coeasy Valore sono prestate in mutualità mediata dal partner Mutua Cesare Pozzo.

11. Rimborso SPESE FUNERARIE

Perché abbiamo scelto per Voi il Sussidio - Rimborso Spese Funerarie?

Perché **COEASY MUTUA**, per essere vicino all'Associato nel momento di un grande dolore, rimborserà le spese sostenute per il servizio funerario completo, per un decesso, avvenuto ovunque nel mondo intero.

Cosa non può essere rimborsato?

L'acquisto degli addobbi floreali e la riesumazione della salma.

Le spese sostenute per il decesso, dell'Associato o un componente del Nucleo Familiare, accaduto in caso di guerre, insurrezioni o atti di terrorismo, oppure a seguito di eventi naturali catastrofici quali terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni.

Le spese sostenute prima che siano trascorsi 180 gg. dal momento della iscrizione nel libro soci di Coeasy Mutua.

Le spese sostenute dall'Associato non è in regola con i versamenti delle quote associative previste per l'iscrizione o il rinnovo delle adesioni.

Quanto rimborsiamo?

Le spese sostenute una volta sola per tutto il periodo dell'Adesione e per il Nucleo di Famiglia, qualora il Sussidio sia esteso anche al coniuge ed ai Figli.

Nei primi due anni – massimo € 500 per l'Associato o per un solo componente del Nucleo di Famiglia.

Dal terzo anno di iscrizione:

Associato defunto fino a 40 anni – massimo € 2.000

Associato defunto tra 40 e 67 anni – massimo € 1.500

Associato defunto oltre 67 anni – massimo € 1.000

Familiare dell'Associato – 50% del rimborso previsto per l'Associato

Familiare del Socio Partner Beneficiario - 50% del rimborso previsto per l'Associato

Dal quarto anno di iscrizione – in caso di decesso del solo Associato iscritto, indennizzo aggiuntivo, una tantum, fino ad € 750 per "Sollievo Affitto".

Chi ha diritto al rimborso?

Un componente del Nucleo di Famiglia in caso di decesso dell'Associato

Come richiedere il rimborso?

Per le richieste di sussidio è sufficiente inviare una mail, entro sei mesi dal decesso, a: richieste.sussidi@coeasymutua.it, allegando:

- Numero di iscrizione socio (riportato sulla tessera socio)
- Certificato di Morte
- Allegato pdf di stato di famiglia o autocertificazione (stampabile sul sito Coeasy Mutua)
- Allegati pdf delle fatture di spesa, leggibili e senza correzioni di alcun tipo. Coeasy Mutua si riserva la possibilità di richiedere la documentazione in originale
- Ricevuta del pagamento dell'Affitto nel caso sia richiesto l'indennizzo "Sollievo Affitto"
- IBAN di conto corrente bancario o postale dell'avente diritto al rimborso (riportato sulle comunicazioni della tua banca/posta, nella tua home banking oppure da richiedere nelle filiali bancarie o postali)

In alternativa all'invio della mail è possibile consegnare tutta la documentazione direttamente nelle Centrali Benessere e Salute.

12. NORME GENERALI

12.1. Cumulabilità dei sussidi

I sussidi e i servizi erogati non sono fra loro cumulabili. Eventuali eccezioni sono specificate ai singoli articoli del presente regolamento.

12.2. Ticket SSN

La ricevuta del ticket del Servizio sanitario Nazionale deve contenere la dicitura che identifichi che si tratta di ticket (ad es. ticket, ssn...), i dati dell'assistito e la descrizione della prestazione eseguita.

In caso contrario, è possibile allegare un documento che consenta un'identificazione chiara della prestazione effettuata (come ad esempio referto, la prescrizione medica, il foglio di prenotazione o un documento certificato dalla struttura che si tratta di ticket).

12.3. PAGOPA, CBILL, BOLLETTINO POSTALE, LIS PAY

In caso di pagamento con PAGOPA, CBILL, BOLLETTINO POSTALE, LIS PAY, per i quali non si dispone della fattura/ricevuta fiscale, è necessario allegare i seguenti:

- Documento/quietanza di pagamento,
- Avviso di pagamento,
- A scelta dell'assistito il documento di accettazione o il foglio di prenotazione o il referto.

12.4. Fatture con più prestazioni

I documenti di spesa (fattura/ricevuta fiscale) devono riportare la suddivisione del costo delle singole prestazioni.

12.5. Prescrizione medica

Ove richiesta, la prescrizione medica deve riportare una data antecedente alla prestazione e deve contenere il quesito diagnostico o la patologia presunta o accertata.

Le prescrizioni mediche devono essere rilasciate dal medico di medicina generale o dallo specialista, in quest'ultimo caso potranno riguardare solo il suo ambito di specialità.

Le prestazioni effettuate, per le quali si richiede il sussidio, devono essere conformi con quanto effettivamente prescritto.

12.6. Esclusioni

I sussidi non sono concessi per le prestazioni inerenti all'Odontoiatria/Ortodonzia (ad eccezione degli articoli 5. e 5 bis.), la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, le prestazioni non controllabili o non comprese nella pratica medica o nella farmacopea ufficiale (es. cure omeopatiche, pranoterapia, iridologia, fitoterapia, cromoterapia, Medicina olistica, Chiropratica), la psicologia, le terapie psicoterapiche, i ricoveri di lungo-degenza (quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento).

Sono escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

Inoltre, non sono rimborsate le marche da bollo, gli oneri accessori, i diritti amministrativi e le spese di digitalizzazione.

12.7. Traduzioni

Nei casi in cui è obbligatorio allegare la traduzione - secondo le modalità di cui all'art.5.7 del Regolamento applicativo - di documenti scritti in lingua straniera, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino a un massimo di 30 euro per ogni sussidio richiesto.

12.8. Cartella clinica

Nei casi in cui è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino a un massimo di 30 euro per anno solare.

12.9. Documentazione

La Società può richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto.

12.10. Rimborsi

Il socio deve informare la Coeasy Mutua se le spese per cui richiede il rimborso sono coperte, anche solo parzialmente, da un'assicurazione privata o da un altro Ente. Inoltre, il Socio è l'unico responsabile nei casi di indebito arricchimento.

**ALLEGATO A
INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI - ELENCO E TARIFFARIO**

Allegato B

Prestazioni Odontoiatriche Nomenclatore e Tariffario

CODICE	PRESTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	SUSSIDI SOCIO
VISITA SPECIALISTICA - RADIOLOGIA			
A05	Ortopantomografia (OPT).	Massimo due volte l'anno.	€ 30,00
A10	Dentalscan un'arcata dentaria. (rimborso per singola arcata)	Massimo due volte l'anno.	€ 35,00
CONSERVATIVA			
D01	Otturazione a 1 o più superfici (restauro definitivo di cavità con qualsiasi materiale da otturazione) - per elemento.	Non ripetibile prima di quattro anni per lo stesso elemento.	€ 50,00
CHIRURGIA ORALE			
E01	Estrazione chirurgica di dente o radice semplice o complessa (per qualsiasi numero di radici incluse di elementi pluriradicolati scoronati).		€ 50,00
ORTODONZIA*			
G01	Trattamento ortodontico intercettivo - comprese apparecchiature fisse, mobili e funzionali.	Massimo per tre anni consecutivi	€ 500,00
G02	Trattamento ortodontico adulto - comprese apparecchiature fisse, mobili, funzionali.	Massimo per tre anni consecutivi	€ 300,00

Nota: non sono sussidiati preventivi di spesa. Visite specialistiche o prestazioni non comprese nel nomenclatore sono a totale carico del socio.

* per richiedere il rimborso delle prestazioni previste nell'area "Ortodonzia" è necessario allegare gli esami radiologi (opt o tele cranio o foto modelli/intra orali) pre e post trattamento.







coeasy
INSIEME, STAR BENE È PIÙ FACILE

