



NOI Coeasy

**Allegato 01.02 al Regolamento
Applicativo dello Statuto**



L'iscrizione al Sussidio base **NOLCOFASY** 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 settantacinquesimo 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.

Tutti i servizi ed i sussidi di Coeasy Mutua 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.

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 Coeasy 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 Coeasy Mutua, e dei Diritti e Doveri dei Soci, tutto stabilito ed approvato dal CdA della Mutua, al fine di garantire i principi della mutualità.

L'Attenzione al Benessere e la Cura della Salute del Sussidio NOI COEASY

si articola in 4 Sussidi denominati:

Coeasy Health (Smart) Watch

Rimborso Flat 24ore

Tutela Mutua Coeas

Rimborso Spese Funerarie

presentati nei regolamenti di seguito dettagliati

Coeasy Health (Smart) Watch

Che cosa è Coeas Health (Smart)Watch?

E' un orologio intelligente! Infatti grazie alle sue multifunzioni ed al suo schermo tattile, è in grado di monitorare qualsiasi attività giornaliera. Inoltre collegandolo al tuo cellulare di ultima generazione (semplicemente attivando il Bluetooth) potrà fornire informazioni utili per monitorare lo stato del tuo benessere.

Quando è consegnato il Coeas Health (Smart) Watch?

Il Coeas Health (Smart) Watch è consegnato gratuitamente al socio contestualmente al momento dell'avvenuta iscrizione nel libro soci di Coeas Mutua. Eventuali malfunzionamenti del dispositivo potranno essere comunicati a Coeas Mutua tramite il **numero verde 800 197 357** e, qualora derivanti da difetti di fabbricazione, si procederà con la sostituzione.

Come funziona il Coeas Health (Smart) Watch?

Alla consegna del Coeas Health (Smart) Watch, l'Associato riceverà la scatola integralmente chiusa, contenente il dispositivo, i suoi accessori ed i relativi manuali di utilizzo.

Coeas Mutua cede in proprietà all'Associato iscritto il dispositivo. Dopo la consegna sia per l'utilizzo che per la gestione dei dati in esso memorizzati, Coeas Mutua declina ogni responsabilità per danni a persone e cose, delle quali deve risponderne in via esclusiva il proprietario o il fabbricante del dispositivo.

AVVERTENZE

Questo orologio non sostituisce in alcun modo apparecchi medicali, diagnostica strumentale ed il consulto del medico di fiducia.

Apparecchio adatto a persone adulte; si raccomanda di tenerlo fuori dalla portata dei bambini.

Rimborso Flat 24ore

Cos'è il Rimborso Flat 24ore

È il sussidio di Coeasymutua che ti permette di ottenere il rimborso, in 24 ore, delle spese sostenute dall'Associato o da un componente del suo nucleo familiare o Pet (animali domestici del nucleo familiare regolarmente detenuti), che riguardino la salute, la prevenzione o il benessere.

Il socio ha sempre la possibilità, quando per lui economicamente più favorevole, di chiedere il sussidio tramite altre forme di servizi Coeasymutua a cui ha aderito versando la relativa quota. Resta inteso che la scelta è opzionale, quindi non è possibile ricevere più volte lo stesso sussidio anche se previsto nei diversi servizi Coeasymutua

Cosa può essere rimborsato?

Tutte le spese sostenute e documentate che riguardano **la salute, la prevenzione, l'odontoiatria ed il benessere in genere, cura degli animali domestici dichiarati**, anche riferite a malattie pregresse. Durante l'intero periodo annuo di iscrizione come socio è possibile fare richiesta di sussidio per una sola prestazione, intendendo per prestazione le spese sostenute nell'anno solare corrente, da un Socio o Familiare iscritto, in un periodo non superiore a 90 giorni.

Cosa non può essere rimborsato?

- Visite, consulenze o interventi che riguardano la Chirurgia estetica non derivanti da patologie.
- Cosmesi, trattamenti estetici e cure di bellezza, integratori alimentari, accessori o indumenti sportivi.
- Medicinali e ticket pagati per farmaci acquistati in regime di SSN.
- Acquisti effettuati in supermercati, pizzerie, ristoranti, negozi di elettronica e telefonia.
- Cure non previste dalla medicina ufficiale o che non abbiano validità confermata su un numero considerevole di persone tali da renderle efficaci, anche se non scientificamente approvate.
- Le spese sostenute prima che siano trascorsi 30 gg. dal momento della iscrizione nel libro soci di Coeasymutua.
- Le spese sostenute dall'Associato non in regola con i versamenti delle quote associative previste per l'iscrizione o il rinnovo delle adesioni.

Se il ritardato o mancato pagamento delle quote associative è derivante da comprovata difficoltà economica sopraggiunta per il socio, ferma l'esclusione prevista nel Rimborso Flat 24H, Coeasymutua si riserva la facoltà di valutare comunque il rimborso mediante altri fondi mutualistici.

Quanto rimborsiamo

È previsto un rimborso del **50%** delle spese documentate con il **massimo di euro 75,00**.

In alternativa è previsto il rimborso, in forma diretta, fino al massimo di euro 75,00, per l'utilizzo di uno dei **COEASY FLAT BOX** convenzionati, elencati nella Sezione Privati del sito www.coeasymutua.it.

Come richiedere il rimborso?

Per le richieste di sussidio è sufficiente inviare un messaggio WhatsApp al numero +39 388 463 0727 allegando i seguenti dati:

- Numero di iscrizione socio (riportato sulla tessera socio).
- Foto/Allegato pdf dello stato di famiglia o autocertificazione (stampabile sul sito Coeasymutua).
- Foto/Allegati pdf dei documenti di spesa (fatture, ricevute o scontrini fiscali), leggibili e senza correzioni di alcun tipo. Coeasymutua si riserva la possibilità di richiedere la documentazione in originale.
- IBAN di conto corrente bancario o postale (riportato sulle comunicazioni della tua banca/posta, nella tua home banking o da richiedere nelle filiali bancarie o postali).
- Per l'utilizzo dei COEASY FLAT BOX convenzionati, è sufficiente inviare quanto previsto ai punti 1. e 2., specificando il BOX prescelto. Nel messaggio di risposta, la Centrale Benessere e Salute fornirà le indicazioni per usufruire delle prestazioni comprese. La prestazione scelta sarà fruibile solo previa specifica autorizzazione inviata al Centro Convenzionato.

In alternativa alla richiesta tramite il messaggio WhatsApp, se non ti è possibile per qualsiasi motivo, è possibile chiamare il **numero verde 800 197 357** della Centrale Benessere, seguendo le istruzioni del consulente dedicato.

Entro quanto tempo verrà effettuato il rimborso?

I tempi di rimborso sono indicati nel nome di questo servizio: in 24 ore garantiamo risposte alle richieste inviate tramite messaggio WhatsApp complete della documentazione richiesta. I tempi di accredito delle somme sui conti correnti bancari o postali variano a seconda delle condizioni di ogni Istituto. Comunque ci impegniamo a garantire l'accredito entro 2 giorni lavorativi.



TUTELA MUTUA COEASY

Cos'è Tutela Mutua COEASY?

È l'insieme dei Sussidi di Coeasymutua, prestati per il tramite di Partner mutualistici, per far fronte agli imprevisti di tutto il nucleo familiare, garantendo un rimborso delle spese sanitarie sostenute per la Salute e la Prevenzione.

Tutti i servizi prestati per il tramite di Partner Mutualistici prevedono, da parte del socio, la conoscenza e la accettazione del Regolamento Generale ed Applicativo, allegati 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.

Chi può usufruire di Tutela mutua Coeasymutua?

L'Associato ed il suo Nucleo Familiare, compresi i figli fino a 25 anni a carico fiscale

Cosa rimborsiamo? – Cosa non rimborsiamo? – Quanto Rimborsiamo?

Le risposte a queste domande si trovano nella descrizione dei singoli sussidi sotto riportati.

Come richiedere il rimborso?

Per le richieste di sussidio è sufficiente inviare una mail a: richieste.sussidi@coeasymutua.it, allegando la documentazione richiesta per ogni singolo sussidio.

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

1. Interventi chirurgici sussidiabili

1.1. Norme e importi del sussidio

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto ad **un intervento chirurgico sussidiabile**, compreso tassativamente nell'**Elenco e Tariffario (allegato A – presente nella Sezione “Moduli e Documenti” del sito ufficiale <http://coeasymutua.it>)**, spetta un sussidio fino alla concorrenza della somma indicata nel punto 1.2, 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 ed 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 dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;
- h) prelievo di organi o parti di esso, ricoveri relativi al donatore, accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- i) spese di trasporto 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. Quanto Rimborsiamo?

Il sussidio spetta per spese effettivamente sostenute per interventi chirurgici sussidiabili, compresi tassativamente nell'**Elenco e Tariffario (allegato A – presente nella Sezione “Moduli e Documenti” del sito ufficiale <http://coeasymutua.it>)**, e comunque fino alla concorrenza della somma di **euro**

10.000 (diecimila/00) per tutti gli interventi e per ogni evento ad eccezione del trapianto d'organi che prevede un rimborso massimo di **euro 50.000** (cinquantamila/00) e per ogni evento.

Al socio, nel caso in cui il proprio **figlio/a minorenn**e sia sottoposto ad un intervento chirurgico sussidiabile conseguente a malattia, compreso tassativamente nell'Elenco e Tariffario (allegato A), in strutture sanitarie convenzionate con presa in carico **in forma diretta** da parte della Società, il rimborso massimo di euro 10.000 (diecimila/00) è **elevato a euro 15.000** (quindicimila/00) per tutti gli interventi e per ogni evento.

Il sussidio di cui al precedente punto 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 ricovero ospedaliero – Quanto indennizziamo?

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile compreso tassativamente nell'**Elenco e Tariffario (allegato A – presente nella Sezione “Moduli e Documenti” del sito ufficiale <http://coeasymutua.it>)**, a titolo di rimborso spese spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero, con un massimo di dieci giorni, come di seguito specificato:

- a) euro 20,00** (venti/00) giornaliera per **ricovero in Italia**;
- b) euro 40,00** (quaranta/00) giornaliera per **ricovero all'estero**.

Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f) g) h) i) di cui al precedente punto 1.1, il socio potrà richiedere l'assistenza ricovero ospedaliero.

1.4. Intervento per il neonato – Quanto rimborsiamo?

Al socio, nel caso in cui il/la proprio/a figlio/a neonato/a - durante il primo anno di vita - sia sottoposto a qualsiasi intervento chirurgico per la correzione di malformazioni congenite, spetta un rimborso **massimo di euro 10.000** (diecimila/00) per intervento e per anno solare.

1.5. Età minima degli aventi diritto – A chi rimborsiamo?

Nel caso in cui l'intervento chirurgico sussidiabile si sia reso necessario per gli aventi diritto del socio di cui alla lettera b) del punto 2.1 del Regolamento applicativo - in deroga alla predetta norma - non si tiene conto del limite di età fissato a **30 giorni dalla nascita**.

1.6. Sussidio di ricovero ospedaliero

Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f) g) h) i) di cui al precedente punto 1.1, il socio potrà richiedere il sussidio ospedaliero di cui al punto 2.

1.7. Periodo di carenza – Quando non indennizziamo?

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 è dovuto ad infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1)** Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato.
- 2)** Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, “fattura/ ricevuta fiscale”) contenente:
 - a.** Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto).
 - 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. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

2. Ricovero ospedaliero, Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico e ricovero per cure riabilitative

2.1. Ricovero ospedaliero – Quanto indennizziamo?

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera, dopo le prime due notti continuative di ricovero spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero come di seguito specificato:

- a) **euro 13,00** (tredici/00) per il ricovero del socio;
- b) **euro 13,00** (tredici/00) per il ricovero dell'avente diritto.

Il sussidio spetta per un periodo massimo di 100 giorni nell'anno solare per nucleo familiare.

Il sussidio di cui al presente articolo 2.1 non spetta qualora il ricovero avvenga per cure riabilitative.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi.
- 2) Cartella clinica (completa di anamnesi) o relazione clinica per poter usufruire della maggiorazione del sussidio per intervento chirurgico, parto o infortunio.
- 3) Per i soci con meno di tre anni di iscrizione è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi).
- 4) Per ricoveri superiori a 15 giorni è obbligatorio allegare la cartella clinica (completa di anamnesi, diagnosi e diario clinico).

2.2. Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico – Quanto indennizziamo?

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno con intervento chirurgico, anche se preceduto o seguito da un singolo pernottamento, spetta un sussidio forfettario come di seguito specificato:

- a) **euro 60,00** (sessanta/00) per il ricovero del socio;
- b) **euro 60,00** (sessanta/00) per il ricovero dell'avente diritto.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Cartella clinica in cui sono indicati i giorni di effettivo ricovero specificatamente documentati, la diagnosi e il tipo di intervento effettuato, con l'annotazione che il ricovero è avvenuto in regime di ricovero diurno o Day Surgery.

2.3. Ricovero per cure riabilitative – Quanto indennizziamo?

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura sanitaria per cure riabilitative, dopo le prime due notti continuative di ricovero spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero come di seguito specificato:

- a) **euro 13,00** (tredici/00) per il ricovero del socio;
- b) **euro 13,00** (tredici/00) per il ricovero dell'avente diritto.

Il sussidio spetta per un periodo massimo di 15 giorni nell'arco dell'anno solare.

Il periodo massimo, nell'arco dell'anno solare, è elevato a 180 giorni per aventi diritto di età inferiore a 18 anni.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Cartella clinica dalla quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione, il tipo di diagnosi e le terapie praticate.

2.4. Ricovero per cure oncologiche e della talassemia – Quanto indennizziamo?

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto, ambulatorialmente o in day hospital, al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche per cure oncologiche, o sia sottoposto a emotrasfusioni e/o a trattamenti ferrochelanti per la cura della talassemia, spetta un sussidio giornaliero, per ogni giorno di trattamento, come di seguito specificato:

- a) **euro 13,00** (tredici/00) per il socio;
- b) **euro 13,00** (tredici/00) per l'avente diritto

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Certificato dell'Ospedale in cui sono indicate la data di inizio e quella di termine di ogni singolo periodo con indicate tutte le date del trattamento ed il tipo di terapia praticata

2.5. Periodo di carenza – Quando non indennizziamo?

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 il ricovero è dovuto ad infortunio.

3. Alta diagnostica strumentale e alta specializzazione

3.1. Diritto al sussidio e suo importo – Cosa Rimborsiamo?

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui un esame di alta diagnostica strumentale o di alta specializzazione, spetta - per ogni esame effettuato - un sussidio come di seguito indicato.

Il sussidio è rimborsabile fino ad un massimo di **euro 3.500,00** (tremilacinquecento/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare.

3.1.1. Alta diagnostica strumentale – Cosa e quanto rimborsiamo?

- a) rimborso del **100%** del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (**ticket SSN**);
- b) rimborso del **50%** della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati **in regime privato o intramurale**, fino a un rimborso **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, la parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di alta diagnostica strumentale i seguenti esami:

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

3.1.2. Alta specializzazione – Cosa e quanto rimborsiamo?

- a) rimborso del **100%** del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (**ticket SSN**);
- b) rimborso del **50%** della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati **in regime privato o intramurale**, fino a un rimborso **massimo di euro 40,00** (quaranta/00);
- c) per esami effettuati in strutture convenzionate **in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 25,00** (venticinque/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di alta specializzazione i seguenti esami:

- ecocardio-colordoppler;
- ecocardiogramma;
- doppler - ecodoppler;
- elettromiografia;
- mammografia;
- mineralometria ossea computerizzata.

3.1.3. Ecografia - Quanto rimborsiamo?

Per ecografie effettuate in strutture convenzionate **in forma diretta, il costo a carico del socio è di euro 25,00** (venticinque/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

3.2. Quali prestazioni non rimborsate o indennizzate?

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

3.3. Prescrizione medica – Cosa è necessario per richiedere il sussidio?

Per la richiesta del sussidio è obbligatorio allegare la prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.

3.4. Periodo di carenza - Quando non indennizziamo?

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 in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:

- a. Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto).
- 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. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non

sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica

3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.

4. Esami diagnostici strumentali e esami di laboratorio effettuati tramite ssn (ticket)

4.1. Diritto al sussidio e suo importo – Cosa e quanto rimborsiamo?

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui **esami diagnostici strumentali e/o di laboratorio**, viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio pari al **40%** del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (**ticket SSN**).

4.2. Quali prestazioni non rimborsate o indennizzate?

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

4.3. Periodo di carenza - Quando non indennizziamo?

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica

5. Visite specialistiche

5.1. Diritto al sussidio e suo importo – Cosa e quanto rimborsiamo?

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui una **visita specialistica**, viene corrisposto per ogni visita un sussidio pari al:

- a) **40%** del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (**ticket SSN**);
- b) **50%** della spesa sostenuta nei casi di visite **in regime privato o intramurale**, fino a un rimborso **massimo di euro 30,00** (trenta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di **due visite per anno** solare per ogni singola specializzazione sia per il socio che per ciascun avente diritto. Tale limite è elevato a **quattro nella specializzazione di Ostetricia e Ginecologia**.

5.2. Quali prestazioni non rimborsate o indennizzate?

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

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

5.3. Periodo di carenza - Quando non indennizziamo?

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 in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:

- a. Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto).
- 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. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica

3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.

6. Limite massimo sussidiabile per visite specialistiche, esami diagnostici strumentali e di laboratorio

6.1. Quanto rimborsiamo al massimo in un anno?

I sussidi previsti ai precedenti punti 4) e 5) si intendono concessi per spese documentate sostenute dal socio fino a un massimo di **euro 500,00** (cinquecento/00) nell'arco dell'anno solare **per nucleo familiare**.

7. Cicli di terapie

7.1. Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di infortunio o ricovero ospedaliero con intervento chirurgico, è riconosciuto un sussidio - sia per rimborso del ticket dovuto al Servizio Sanitario Nazionale sia per spese effettuate in regime di solvenza - fino a un massimo di euro 80,00 (ottanta/00) per ogni ciclo effettuato.

I cicli di terapie devono essere effettuati entro 365 giorni dall'infortunio o dal ricovero ospedaliero con intervento chirurgico.

Il sussidio viene corrisposto una sola volta per ogni infortunio o ricovero con intervento chirurgico, con un massimo di due cicli nell'anno solare.

7.2. Periodo di carenza - Quando non indennizziamo?

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.

8. Assistenza domiciliare sanitaria

8.1. Diritto al sussidio e suo importo – Cosa e quanto rimborsiamo?

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo familiare avente diritto sia colpito da malattie invalidanti temporanee a seguito di ricovero o infortunio e necessiti di interventi sanitari a domicilio, spetta un sussidio pari al **50%** delle spese sostenute fino a un **massimo** - per nucleo familiare - di **euro 1.000,00** (mille/00) nell'anno solare.

Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le prestazioni professionali fornite dai medici, in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia, da Infermieri, Fisioterapisti, Massofisioterapisti e Terapisti della Riabilitazione motoria, in possesso di idoneo titolo professionale, abilitati per eseguire: terapie mediche, assistenza infermieristica globale, assistenza riabilitativa, fisioterapia e rieducazione funzionale.

Il sussidio sarà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto. Il rimborso spetta per terapie effettuate entro 365 giorni dall'evento.

8.2. Periodo di carenza - Quando non indennizziamo?

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Certificazione medica specialistica con la descrizione completa delle prestazioni da eseguire e della necessità che le stesse siano effettuate a domicilio, nel caso di Rieducazione funzionale, Massoterapia, Terapia fisica e strumentale, eseguite in regime di assistenza domiciliare.
- 2) Certificato medico attestante la malattia invalidante del socio/aventi diritto e la tipologia di prestazione domiciliare richiesta.

9. Assistenza domiciliare sanitaria per malati neoplastici terminali

9.1. Diritto al sussidio e suo importo - Cosa e quanto rimborsiamo?

Al socio, ovvero ai suoi beneficiari o agli eredi legittimi, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia affetto da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio fino ad un massimo di **euro 1.000,00** (mille/00) come rimborso alle spese sostenute a domicilio per gli interventi sanitari e le cure praticate negli ultimi sei mesi di vita.

Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

9.2. Periodo di carenza - Quando non indennizziamo?

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita del malato.
- 2) Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale.

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



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
- 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 “Sollevio Affitto”.

Chi ha diritto al rimborso?

- L'Associato in caso di decesso di un componente del Nucleo di Famiglia
- 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 “Sollevio 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.

Assistenza con IMA ITALIA ASSISTANCE Spa

Cos'è l'Assistenza di IMA ITALIA?

Coeasy Mutua, per il tramite di questa importante Società, offre gratuitamente ai soci ordinari iscritti al sussidio NOI COEASY, l'adeguata Assistenza in caso di emergenza sanitaria.

Le prestazioni sono erogate da IMA Assistance Italia, filiale italiana di una rete diffusa in tutta Europa e nel Maghreb, espressione di oltre 200 mutue sanitarie associatesi negli anni.

IMA Assistance Italia si avvale di una Centrale Operativa attiva 24 ore su 24, 7 giorni su 7, di un'equipe di medici specializzati in medicina d'urgenza e nel trasporto sanitario e di un network sanitario mondiale costituito da 8.000 ospedali convenzionati

I numeri di telefono da utilizzare:

Numero verde dall'Italia 800.332.577

Numero per chiamate dall'estero: 0039.02.24128375

Di seguito uno schema sintetico:

ASSISTENZA MEDICA

Consulenza medica telefonica - Invio di un medico/pediatra in Italia - Ricerca infermiere in Italia - Invio di autoambulanza - Rientro alla residenza a seguito dimissione ospedaliera - Invio medicinali all'estero - Rimpatrio sanitario dall'estero - Monitoraggio del ricovero ospedaliero - Assistenza ai familiari assicurati - Assistenza ai minori di anni 14 - Viaggio di un familiare - Recapito messaggi urgenti - Rientro anticipato

ASSISTENZA A DOMICILIO IN ITALIA

Assistenza infermieristica post-ricovero - Assistenza fisioterapica post-ricovero - Invio baby-sitter - Collaboratrice familiare - Consegnare farmaci presso l'abitazione - Servizio spesa a casa - Custodia animali - Invio di un fabbro/serramentista per interventi di emergenza - Invio di un vetraio per interventi di emergenza - Invio di un idraulico per interventi di emergenza - Invio di un elettricista per interventi di emergenza - Invio di un termoidraulico/ tecnico gas

ASSISTENZA TELEFONICA

Informazioni sanitarie e farmaceutiche - Informazioni di medicina tropicale - Segnalazione Centri diagnostici privati

Tutti i Servizi erogati per il tramite di IMA ASSISTANCE ITALIA Assistance Spa, descritti e regolamentati nella NOTA INFORMATIVA e nelle Condizioni Generali di Assicurazione, allegati nella Sezione "Moduli e Documenti" del sito ufficiale <http://coeasymutua.it>, fanno parte integrante del Regolamento del Sussidio "NOI COEASY" e ne prevedono, da parte del socio, la conoscenza e la accettazione.



coeasy

INSIEME, STAR BENE È PIÙ FACILE

