



**DISCIPLINARE
PER L'EROGAZIONE AI SOCI
DELLA BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI
ROMA E DELLA CRAMAS ISCRITTI
AL FONDO MUTUASALUS S.M.S.
SEZIONE CRAMAS
DI CONTRIBUTI ECONOMICI
IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE
PER MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO**

(mod. SDI2026FMSBCCROMA)



ART. 1 - ASPETTI GENERALI

La Cassa di Assistenza Sanitaria (in seguito denominata CASPIE) si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente Disciplinare, ad erogare ai Soci (in seguito denominati Assistito) della Banca di Credito Cooperativo di Roma e della Cramas iscritti al Fondo Mutuasalus s.m.s.- Sezione Cramas (in seguito denominato Fondo) ed ai rispettivi familiari di cui al successivo art. 3, contributi economici nei casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme appresso indicate.

ART. 2 - DECORRENZA. DURATA DEL DISCIPLINARE E LIVELLI DI ASSISTENZA

L'attività di assistenza del presente Disciplinare ha decorrenza dal 01/01/2026 e scadenza al 31/12/2026 e si intenderà rinnovata di anno in anno salvo la possibilità di recedere da parte di CASPIE o del Fondo, mediante comunicazione scritta da inviarsi tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento o per mezzo equipollente, che deve pervenire alla parte interessata almeno 60 giorni prima della scadenza di ciascun anno assistenziale.

Resta comunque convenuto che il presente Disciplinare, pur se perfezionato in data successiva alla decorrenza (01/01/2026), si intenderà operante con effetto dalle ore 0 (zero) del 01/01 di ciascun anno assistenziale purché l'adesione avvenga entro il 31/01 dell'anno assistenziale nel quale si chiede l'adesione.

La CASPIE e il Fondo 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 un'idonea copertura assicurativa. La CASPIE e il Fondo, 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 31 ottobre 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 ai figli, ivi compreso il convivente more-uxorio e relativi figli purché risultanti dallo stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché fiscalmente a carico (tutti i familiari vengono in seguito denominati Assistiti).

L'ASSISTENZA E' OPERANTE

- senza limitazioni territoriali;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito/i;
- fino al compimento dell'80° anno di età dell'Assistito e/o degli Assistiti. L'assistenza è comunque operante fino al termine dell'anno assistenziale nel quale l'Assistito e/o gli Assistiti hanno compiuto gli 80 anni;
- per coloro che abbiano compiuto il 75° anno di età è fatto obbligo di compilare ed inviare alla CASPIE, entro il 31/12 dell'anno in cui hanno compiuto i 75 anni, apposito questionario anamnestico. Il diritto alle prestazioni – pur mantenendo la decorrenza retroattiva al primo gennaio - è subordinato all'accettazione in assistenza ovvero al mantenimento della stessa da parte della CASPIE (con eventuali limitazioni). L'accettazione, valutata ad insindacabile giudizio della CASPIE, 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;
- negli eventuali casi di non assistibilità o di assistibilità con limitazioni, si provvederà - in caso di non accettazione da parte dell'Assistito e/o degli Assistiti - alla restituzione del contributo

versato per i nuovi inserimenti in assistenza, il diritto alle prestazioni - pur mantenendo la decorrenza retroattiva al primo gennaio di ogni anno assistenziale - è subordinato all'accettazione da parte della CASPIE, previo esame del questionario sanitario compilato per ogni richiedente, da allegare al modulo di adesione. L'accettazione, valutata ad insindacabile giudizio 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. Negli eventuali casi di non assistibilità o di assistibilità con limitazioni, si provvederà - in caso di non accettazione da parte dell'Assistito e/o degli Assistiti - alla restituzione del contributo versato;

- la mancata presentazione del questionario anamnestico, nei termini sopra indicati, comporterà la cessazione dell'assistenza al 31/12 dell'anno assistenziale in corso e la restituzione dell'eventuale contributo versato per l'annualità successiva.

Fatta eccezione per l'Assistito e gli Assistiti che aderiscono al presente Disciplinare senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale firmata dal Fondo, l'intervento della CASPIE, è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (01/01 dell'anno assistenziale in cui si chiede l'adesione, per le adesioni effettuate entro il 28/2 nonché di specifici accordi di proroghe concordati tra CASPIE e il Fondo) di:

- 60 giorni per le malattie in ogni caso e per le malattie dipendenti da gravidanza e aborto;
- 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;
- 300 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da puerperio.

ART. 4 - LIMITI DI ASSISTENZA

Le prestazioni di cui al presente disciplinare sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 150.000,00 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 OSPEDALIO ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA

La CASPIE rimborsa:

- 1) In caso di intervento chirurgico in istituto di cura o in regime di Day Hospital:
 - gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (comprese endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'assistito infermo);
 - le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi e gli esami post intervento durante il ricovero;
 - le rette di degenza (non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie);
 - gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e gli esami effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; esami, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 100 gg. 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, comprese le spese per il trasporto dell'organo. Durante il pre ricovero sono

compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto;

- il vitto e il pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di €50,00 con un massimo di 30 gg. per ricovero;
- l'assistenza infermieristica privata individuale entro il limite di € 50,00 giornalieri e per un massimo di 30 gg. per ricovero.

In caso di Day Hospital l'assistenza non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli accertamenti strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

La CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 1.033,00 per singolo occhio per gli interventi chirurgici (anche ambulatoriali) finalizzati alla correzione della miopia mediante laser ad eccimeri, PRK e/o LASIK.

2) In caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico:

- le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero;
- le rette di degenza (non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie);
- gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e gli esami effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; gli esami, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso;
- il vitto e il pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 50,00 con un massimo di 30 gg. per ricovero; assistenza infermieristica privata individuale entro il limite di € 50,00 giornalieri e per un massimo di 30 gg. per ricovero.

In caso di Day Hospital l'assistenza non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli accertamenti strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

3) In caso di parto cesareo:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante al parto (risultante dal referto operatorio); i diritti di sala parto ed il materiale di intervento;
- le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi e gli esami post intervento durante il ricovero;
- le rette di degenza (non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie);
- gli esami, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- il vitto e il pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 50,00 con un massimo di 30 gg. per ricovero.

La CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 10.000,00 anno/nucleo.

4) In caso di parto fisiologico e aborto terapeutico o spontaneo:

- le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero;
- le rette di degenza (non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie);
- due visite mediche di controllo effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

La CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 2.066,00

anno/nucleo.

- 5) In caso di intervento chirurgico in regime ambulatoriale:
- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (comprese endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'assistito infermo);
 - le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e gli esami post intervento durante il ricovero;
 - gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e gli esami effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; esami, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: le prestazioni infermieristiche, effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.
- 6) La CASPIE rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:
- trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura, trasferimento da un istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con ambulanza, unità coronarica mobile e con aereo sanitario con il limite di € 2.600,00 per ricovero.

B - SCOPERTO

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

- **Ricoveri effettuati in convenzione diretta con CASPIE-GENERALI (sia struttura sanitaria che équipe medica) ivi comprese tutte le prestazioni riconducibili al ricovero stesso lett. A punti 1), 2), 3), 4), 5) e 6):** applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di € 2.000,00 ed un massimo di € 4.500,00 per ricovero.
- **Ricoveri effettuati non in convenzione diretta con CASPIE-GENERALI - ivi comprese tutte le prestazioni riconducibili al ricovero stesso lett. A punti 1), 2), 3), 4), 5) e 6):** applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di € 3.500,00 ed un massimo di € 4.500,00 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 € 103,00 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 70 gg. per anno/persona.

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 F/O AMBULATORIALI

La CASPIE rimborsa, entro il limite assistenziale di € 5.000,00 anno/nucleo "prestazioni di alta specializzazione".

PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

ACCERTAMENTI ENDOSCOPICI
 ANGIOGRAFIA
 ARTROGRAFIA
 BRONCOGRAFIA

CHEMIOTERAPIA
 CISTERNOGRAFIA
 CISTOGRAFIA
 CISTOURETROGRAFIA CLISMA
 OPACO COBALTOTERAPIA
 COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA
 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (PTC)
 COLANGIOGRAFIA TRANS KEHR
 COLECISTOGRAFIA DACRIOCISTOGRAFIA
 DEFECOGRAFIA DIAGNOSTICA
 RADIOLOGICA DIALISI
 DOPPLER ECOCARDIOGRAFIA
 ECOGRAFIA
 ELETTROMIOGRAFIA
 ELETTROENCEFALOGRAMMA
 ESAME ISTOLOGICO
 FISTOLOGRAFIA
 FLEBOGRAFIA
 FLUORANGIOGRAFIA
 GALACTOGRAFIA
 ISTEROSALPINGOGRAFIA
 LASERTERAPIA A SCOPO FISIOTERAPICO LINFOGRAFIA
 MAMMOGRAFIA O MAMMOGRAFIA DIGITALE
 MIELOGRAFIA
 PET RADIOTERAPIA
 RETINOGRAFIA
 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN) (INCLUSA ANGIO RMN) RX
 ESOFAGO CON MEZZO DI CONTRASTO
 RX STOMACO E DUODENO CON MEZZO DI CONTRASTO RX
 TENUE E COLON CON MEZZO DI CONTRASTO
 SCIALOGRAFIA
 SCINTIGRAFIA
 SPLENOPORTOGRAFIA
 TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) (ANCHE VIRTUALE) UROGRAFIA
 VESCICULODEFERENTOGRAFIA
 VIDEOANGIOGRAFIA
 WIRSUNGGRAFIA

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto del 10% con il minimo di € 70,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia se effettuate in convenzione diretta con CASPIE-GENERALI, e con uno scoperto del 15% con il minimo di € 70,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia se effettuate non in convenzione diretta con CASPIE-GENERALI.

I tickets relativi alle prestazioni di cui sopra vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

E- CURE ONCOLOGICHE

La CASPIE rimborsa, entro il limite di € 10.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche (effettuate sia in regime di ricovero, day hospital che in regime extraospedaliero) per:

- accertamenti diagnostici;
- chemioterapia;
- terapie radianti;
- terapie (anche farmacologiche);
- visite specialistiche.

Il rimborso delle suindicate prestazioni (qualora già previste dalla precedente lett. D), avviene

utilizzando in primo luogo il limite di assistenza indicato alla presente lett. E, ovvero, in caso di esaurimento dello stesso, utilizzando quello indicato alla precedente lett. D.

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto di €55,00 per ogni prestazione se effettuata in convenzione diretta con CASPIE-GENERALI, e con uno scoperto del 25% con il minimo di € 55,00 per ogni prestazione se effettuata non in convenzione diretta con CASPIE-GENERALI.

I tickets relativi alle prestazioni di cui sopra vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

F- MEDICINA PREVENTIVA

La CASPIE rimborsa, entro il limite di €250,00 annui, le spese che il solo Assistito sostiene per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:

- **Condizioni speciali "Donna"**

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT) tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine; esame chimico, fisico e microscopico
- feci: ricerca del sangue occulto
- pap-test
- mammografia
- visita cardiologica + ECG a riposo

- **Condizioni speciali "Uomo"**

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine; esame chimico, fisico e microscopico
- feci: ricerca del sangue occulto
- PSA
- rx torace
- visita cardiologica + ECG a riposo

Si precisa che ciascun esame non può essere effettuato più di una volta per ogni anno assistenziale.

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto del 25% con il minimo di €55,00

per fattura.

ART. 6 - PRESTAZIONI RAMO ASSISTENZA

La CASPIE mette a disposizione dei propri assistiti un servizio denominato "Ramo Assistenza" fornendo le prestazioni aggiuntive secondo le modalità specificate nell'Allegato 1 "Elenco prestazioni Assistenza H24".

ART. 7 - 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; tale esclusione non opera per l'Assistito e per gli Assistiti che aderiscono al presente Disciplinare senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale firmata dal Fondo;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, l'assistenza opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante la decorrenza dell'assistenza);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito/i di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito/i 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;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assistito, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

ART. 8 - ADESIONI, VARIAZIONI E REVOCHE

L'adesione all'assistenza è irrevocabile per l'intero periodo di vigenza del Disciplinare e deve essere effettuata entro il termine del 31/01 dell'anno assistenziale in cui avviene l'adesione.

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

Allo scadere di ogni periodo assistenziale (31/12), ed in caso di rinnovo del Disciplinare, i rinnovi e/o le variazioni all'assistenza relative ai nuclei iscritti saranno possibili entro il 31 dicembre, con effetto dal 1° gennaio successivo e fermo restando l'irrevocabilità per l'intero nuovo periodo di vigenza.

Il mancato inserimento nell'assistenza, entro il termine del 31/01 di ciascun anno assistenziale, impedisce successive adesioni/inclusioni nel corso dell'anno assistenziale. Sono fatte salve le eccezioni di cui alle successive lett. A) e B) nonché di specifici accordi di proroghe che la CASPIE si rende disponibile a concedere previa richiesta del Fondo.

A) L'inserimento in assistenza oltre il termine del 31/01 di cui al comma precedente, può avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) acquisizione della doppia qualifica di Socio BCC di Roma e della Cramas;
- b) matrimonio;
- c) variazione del carico fiscale per il coniuge o convivente more-uxorio e relativi figli conviventi;
- d) venir meno - per un familiare assistibile - di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro;
- e) nascita/adozione/affidamento di un figlio.

L'inclusione nell'assistenza deve essere richiesta entro il termine di 30 giorni dall'evento; l'assistenza decorre dalla data dell'evento.

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 del 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) perdita della doppia qualifica di Socio della BCC di Roma e della Cramas;
- c) divorzio;
- d) variazione del carico fiscale per il coniuge o convivente more-uxorio e relativi figli conviventi;
- e) adesione di un familiare assistibile ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro;
- f) superamento dei limiti di età indicati all'Art. 3;
- g) limitazione dell'assistenza oltre il 75° anno di età seguito della compilazione del questionario anamnestico;
- h) variazioni normative e/o contributive;
- i) separazione legale.

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.

Con riferimento ai punti a) ed f) si precisa che in caso di decesso o superamento dei limiti di età dell'Assistito, è data facoltà al relativo nucleo (purché risulti già inserito in assistenza alla data in cui si è verificato l'evento) di proseguire l'Assistenza a proprio nome e con onere a proprio carico per il tramite del Fondo purché risulti iscritto al Fondo. La suddetta facoltà dovrà essere espressa all'atto del rinnovo dell'annualità assistenziale.

Con riferimento al punto g) si precisa che in caso di limitazioni dell'assistenza (derivanti dalla valutazione ad insindacabile giudizio della CASPIE del questionario anamnestico a seguito del compimento del 75° anno nel corso dell'anno assistenziale) è data facoltà all'Assistito e/o agli Assistiti di recedere dall'assistenza a far data dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Il recesso di cui al terzo comma del presente articolo e la revoca di cui alla lettera B) dello stesso

articolo da parte dell'Assistito devono essere comunicati con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o e-mail equivalente alla lettera raccomandata (PEC) entro i termini previsti. La lettera raccomandata deve essere indirizzata al sede sociale del Comipa-Fondo Mutuasalus sms Via Castelfidardo, 50 - 00185 ROMA mentre l'email deve essere inviata all'indirizzo PEC: fondo.mtuasalus@pec.it.

ART. 9 - ONERI DEL FONDO

Il Fondo provvederà:

- all'informativa, nei confronti degli assistiti, in ordine al Disciplinare ed alle sue eventuali modifiche o integrazioni nonché ai servizi online prestati dalla CASPIE ed alle procedure operative indicate nel Vademecum;
- 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 Fondo 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, secondo quanto convenuto tramite accredito bancario alle scadenze previste;
- agli adempimenti previsti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 301612003 n. 196 successive modificazioni e integrazioni e del Regolamento UE 679/2016), 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".

Per le garanzie contenute nel presente Disciplinare risponde la CASPIE in proprio anche attraverso le eventuali coperture assicurative all'uopo stipulate. Pertanto nessuna prestazione prevista dal presente Disciplinare a favore dell'Assistito e/o dei suoi familiari iscritti potrà essere addebitata al Fondo né tantomeno alla Cramas, sezione del Fondo.

ART. 10 - 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. In caso di prestazioni effettuate all'estero, sarà necessario produrre idonea traduzione della documentazione sanitaria e di spesa. *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. L'estratto conto liquidativo, contenente il dettaglio delle prestazioni sanitarie liquidate dalla CASPIE ed utile a fini fiscali, può essere consultato e scaricato sul sito internet www.caspieonline.eu previa registrazione.

Il rimborso verrà effettuato 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). 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, si richiederà all'assistito per il tramite del Fondo l'importo rimborsato.

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza (31/12 di ogni anno), 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 (01/01 del nuovo anno assistenziale), 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 gli Assistiti 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.

Le coperture garantite dal presente Disciplinare non prevedono limitazioni delle prestazioni all'ammontare complessivo dei contributi annualmente versati.

Art. 11 - PAGAMENTO DIRETTO MODALITA' DI ATTIVAZIONE

Per le Garanzie di seguito elencate (**ove previsto dal presente Disciplinare**), l'Assicurato può attivare il Pagamento diretto:

- Check-up
- Interventi chirurgici ad alta specializzazione;
- Spese ospedaliere e chirurgiche;
- Maternità;
- Cure oncologiche;
- Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione;
- Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio;
- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- Trattamenti psicoterapici;
- Cure dentarie;

Il Pagamento diretto è previsto per le prestazioni previste dal presente Disciplinare ed eseguite presso Strutture mediche Convenzionate:

- Programmi di prevenzione sanitaria (check-up);
- Prestazioni effettuate durante il periodo di Ricovero o di permanenza in Day surgery/Day hospital;
- Interventi chirurgici ambulatoriali;
- Terapie oncologiche non chirurgiche in day hospital o ambulatoriali, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici previsti dalla garanzia Cure oncologiche;
- Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche precedenti il Ricovero o Intervento chirurgico, **solo se il ricovero o intervento chirurgico è stato autorizzato dalla Centrale Operativa**;
- Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi,

successivi il Ricovero o Intervento chirurgico, **solo se il ricovero o intervento chirurgico è stato autorizzato dalla Centrale Operativa;**

- Prestazioni previste dalla garanzia Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione;
- Prestazioni previste dalla garanzia Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio;
- Prestazioni previste dalla garanzia Maternità;
- Trattamenti fisioterapici;
- Trattamenti psicoterapici.

Per attivare la procedura di Pagamento diretto, **ferme le regole di seguito esplicitate per l'attivazione tramite canale telefonico**, l'Assicurato può accedere al servizio entrando in [Area Clienti](#) area clienti.generalitaly.it sia via web che tramite [l'App MyGeneralitaly](http://lApp.MyGeneralitaly.it/mygeneralitaly).

Per attivare la procedura di Pagamento diretto tramite canale telefonico, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa.

L'Assicurato deve telefonare almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione, dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi

dall'Italia al numero verde 800 221 133

dall'estero al numero +39 02 8295 1155

In caso di prestazioni da effettuarsi a meno di 5 giorni dal primo contatto telefonico, il servizio di pagamento in forma diretta non potrà essere erogato a eccezione dei ricoveri e di prestazioni extraospedaliere che rivestono effettivo carattere d'urgenza clinica e documentata in maniera obiettiva.

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa, l'operatore chiede all'Assicurato o all'Agenzia di inviare i documenti di seguito indicati, indispensabili per l'istruttoria, che possono essere trasmessi anche in un successivo momento se non disponibili nell'immediato:

- certificato medico con Diagnosi e tipo di prestazione prevista;
- anamnesi patologica prossima e remota, datate e dettagliate, con specifica data di prima Diagnosi della patologia oggetto della prestazione;
- Accertamenti diagnostici e referti degli esami strumentali eseguiti;
- referto di pronto soccorso per Trattamenti fisioterapici a seguito di Infortunio;
- preventivo dei costi, su richiesta se necessario.

Per prestazioni extraricovero (accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure oncologiche, maternità) ai fini dell'attivazione è sufficiente comunicare le informazioni sotto dettatura telefonica, e consegnare le certificazioni direttamente in Struttura.

L'Assicurato compila la Lettera di impegno all'accettazione presso la Struttura medica convenzionata.

La Centrale Operativa in seguito paga direttamente alla Struttura medica convenzionata le spese garantite, **fatto salvo l'eventuale Scoperto/Franchigia che resta a carico dell'Assicurato.**

Questa modalità di Indennizzo è possibile solo con conferma di Pagamento diretto dalla Centrale Operativa.

Il Pagamento diretto è operante solo se:

- **l'assicurato si rivolge a Strutture mediche Convenzionate;**
- **il medico o l'equipe medica o altro professionista sanitario che deve eseguire la prestazione è convenzionato;**
- **la prestazione richiesta rientra tra quelle convenzionate con la singola struttura.**

In tutti gli altri casi il pagamento di quanto dovuto in base al contratto avviene a rimborso. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo www.generali.it/strutture-convenzionate/strutture-mediche e sull'app MyGenerali.

Per il Programma di prevenzione sanitaria (check-up), **l'Assicurato deve telefonare dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi**

dall'Italia al numero verde 800 221 133

dall'estero al numero +39 02 8295 1155

La Centrale Operativa, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione e gli conferma che il Pagamento diretto è operativo.

L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito www.generali.it.

L'Assicurato **deve fornire alla Centrale Operativa** i dati che seguono:

- numero di Polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
- luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

Art. 12 - ACCESSO ALLE TARIFFE CONVENZIONATE

Se l'Assicurato non attiva l'Assistenza diretta ma si rivolge a una Struttura medica Convenzionata, con pagamento a proprio carico, ha diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione **se si fa riconoscere come Assicurato Generali Italia**.

L'applicazione di tariffe convenzionate può essere richiesta anche per prestazioni che non rientrano nella copertura assicurativa sottoscritta.

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture mediche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.

Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali) e un documento di identità in corso di validità.

L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo www.generali.it/strutture-convenzionate/strutture-mediche.

Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali.

ART. 13 - 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. 19 dello Statuto della CASPIE.

ART. 14 - FORO COMPETENTE

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

ART. 15 - TUTELA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati personali, come modificata dal

Regolamento (UE) 679/2016, la CASPIE informa che i dati forniti in sede di adesione alla CASPIE o comunque acquisiti a tal fine presso il Fondo sono trattati nell'ambito della normale attività della CASPIE per finalità strettamente connesse e strumentali all'attuazione del presente Disciplinare, nonché per finalità connesse a obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e dagli organi di vigilanza e controllo ed avverrà a cura delle persone preposte all'esecuzione della stessa con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi, per l'esecuzione degli obblighi derivanti dal Disciplinare medesimo.

Per lo svolgimento di parte della propria attività la CASPIE si rivolge a soggetti esterni ed in particolare a quelli appartenenti alle seguenti categorie:

- a) società di assicurazioni e riassicurazione;
- b) soggetti che curano le attività di supporto al funzionamento e all'organizzazione del lavoro di ufficio (con riferimento, ad esempio, agli adempimenti amministrativo-contabili e fiscali).

L'elenco completo di tali soggetti può essere richiesto al DPO di CASPIE all'indirizzo **dpo@casp ie.eu**.

Il conferimento di tali dati è necessario per adempiere al presente Disciplinare.

Roma, lì 13/01/2026

FONDO MUTUASALUS S.M.S.
SEZIONE CRAMAS

CASPIE

RINNOVI E NUOVI ISCRITTI

CONDIZIONI ECONOMICHE PER L'ADESIONE AL PROGRAMMA SANITARIO CASPIE

Il Socio della BCC DI ROMA e della CRAMAS per aderire alla copertura CASPIE di cui al presente Disciplinare è tenuto al pagamento del contributo associativo annuo stabilito come segue:

- € **1.772,00** = per il Socio single, nucleo unipersonale;
- € **2.257,00** = per il Socio con nucleo i cui componenti sono tutti fiscalmente a carico del Socio;
- € **904,00** = per ogni componente in più, non fiscalmente a carico del Socio.

E' fatto obbligo al Socio di iscrivere l'intero nucleo familiare salvo i componenti non assicurabili o quelli già titolari di coperture assicurative con contenuto simile alle prestazioni di cui al presente disciplinare.

In caso di mancato pagamento del contributo associativo da parte del Socio, l'assistenza di cui al presente Programma Sanitario non sarà erogata a norma dell'art. 8 dello statuto sociale del Fondo Mutuasalus s.m.s¹.

Il SETTORE DI INTERVENTO di cui al presente Regolamento è gestito in forma autonoma rispetto ad ogni altro fondo specifico o settore di intervento istituito o assunto in gestione dal Fondo Mutuasalus s.m.s. ed usufruisce di garanzie prestate da terzi in qualità di soggetti erogatori delle prestazioni garantite in proprio ai Soci aderenti. La Convenzione che il Fondo ha stipulato con CASPIE [Cassa di Assistenza Sociale e Sanitaria, Via Giuseppe Mercalli 80 – 00197 Roma - C.F.: 97288610583 – iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Sanità] trasferisce i rischi garantiti dal presente Disciplinare a favore dell'Associato e/o ai loro familiari direttamente alla CASPIE che ne risponde in proprio e con le eventuali coperture assicurative all'uopo stipulate.

In caso di controversie giudiziarie tale Convenzione sarà messa a disposizione dell'Assistito per far valere i propri diritti contro la CASPIE che ha assunto in gestione il SETTORE DI INTERVENTO stesso, con la diretta assunzione di tutte le obbligazioni ivi presenti.

*«Il contributo associativo versato dal Socio per l'adesione al presente programma sanitario gode delle agevolazioni fiscali di cui all'art. 13 del d.lgs. 460/97 (detrazione dall'imposta lorda del 19% del contributo per un importo non superiore a Euro **1.300,00**). Ciò vuol dire che il Socio aderente può recuperare il 19% del contributo versato dalla dichiarazione dei redditi: un vantaggio esclusivo delle società di mutuo soccorso che operano esclusivamente ai sensi dell'art. 1 della legge 3818/1886.»*

¹ Art. 8 dello Statuto Sociale del Fondo Mutuasalus s.m.s.:

“Il vincolo sociale si costituisce dalla data d'accettazione della domanda, ed il diritto alle prestazioni sorge dopo il pagamento dei contributi, trascorso il periodo di carenza nei termini e con le modalità fissate nel regolamento.”