



**Tutte le novità del
Regolamento, approvate
dall'Assemblea dei Soci
del 28 maggio 2011**



OBIETTIVO DELLE
ASSICURAZIONI
SANITARIE:
(Aziende for profit)



**Tendere alla
massimizzazione del
profitto**

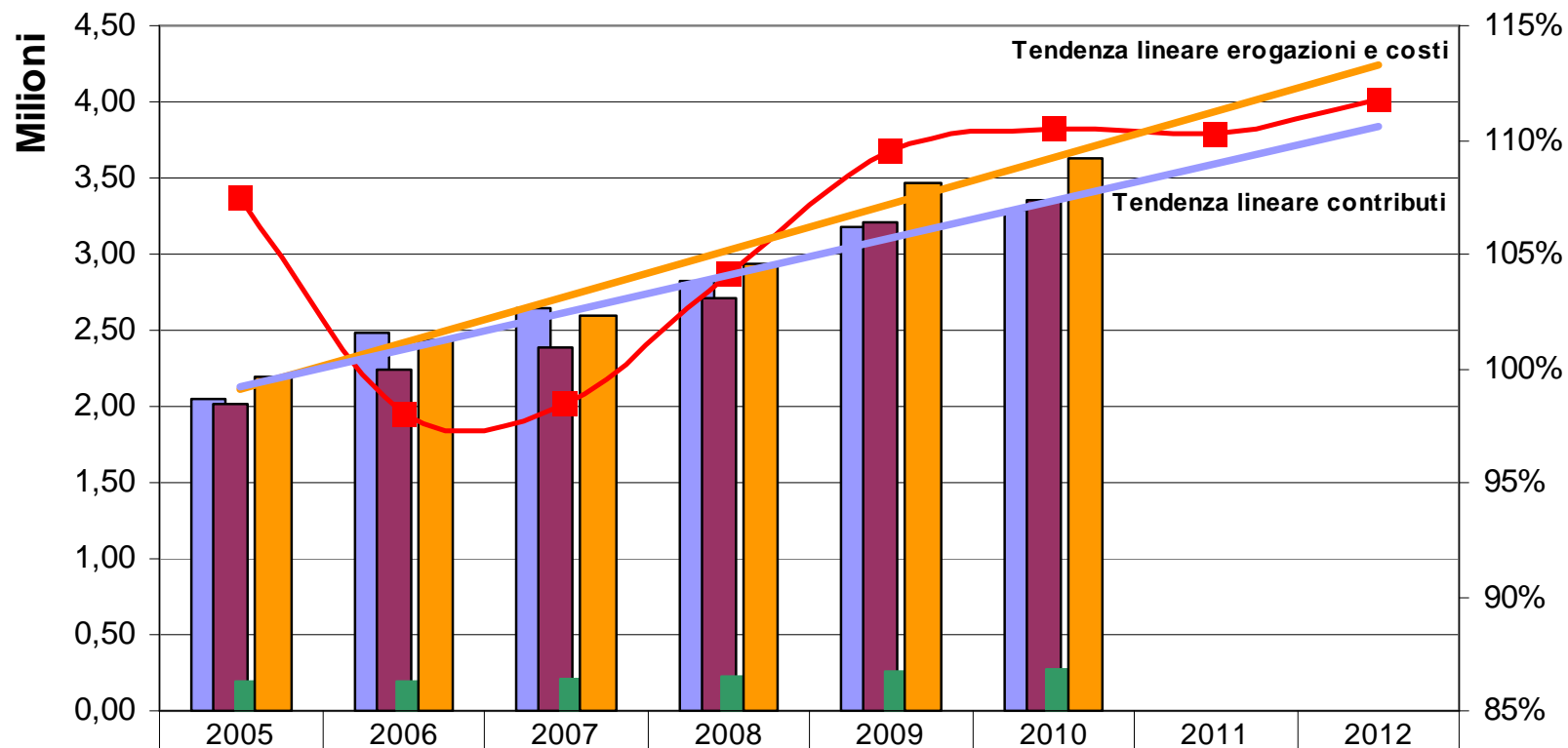
OBIETTIVO DELLA
CASSA MUTUA
TOSCANA BCC:
(Ente no profit)



**Tendere al pareggio
di bilancio**



Dati economici 2005-2010 e proiezione 2011/12



Contrib. (no LTC)	2.046.313	2.481.744	2.637.701	2.818.990	3.171.772	3.290.868		
Erogazioni (no LTC)	2.011.690	2.237.182	2.388.771	2.705.502	3.209.348	3.354.340		
Costi gestione	186.966	194.574	208.683	229.690	264.856	282.163		
Erog. + costi gestione	2.198.656	2.431.756	2.597.454	2.935.192	3.474.204	3.636.503		
% contr./erog+costi	107,44%	97,99%	98,47%	104,12%	109,54%	110,50%	110,24%	111,82%



Preso atto dell'andamento di bilancio
gli interventi proposti sono:

1. RECUPERARE RISORSE:

intervenendo con minime riduzioni su alcune prestazioni

2. MIGLIORARE LE EROGAZIONI:

a) modificando l'impostazione di alcuni articoli:

- art. 11/a (grandi interventi chirurgici)
- art. 12/b (lenti da vista)
- art. 13/a (sussidi ottici/ausili ortopedici)

b) introducendo nuovi articoli:

- art. 10/l (chemio-radioterapia, ipertermia oncologica)
- art. 10/m (gravidanza)
- art. 10/n (inseminazione/fecondazione assistita)
- art. 12/c (lenti per deficit visivi gravi)
- art. 18 (prestazioni straordinarie correlate a Polizza LTC)
- art. 19 (prestazioni riabilitative per disabili gravi)



Perché il Consiglio ha scelto questo tipo d'intervento?

- **Per garantire prospettive di durata:** correggendo con tempestività i disavanzi tendenziali
- **Perché è selettivo:** si focalizza, cioè, solo su alcune prestazioni salvaguardando quelle più delicate (come gli interventi chirurgici) e liberando risorse per nuovi interventi socialmente rilevanti
- **Perché è limitato:** attua una riduzione di appena il 5% su n. 6 articoli e parifica la diaria del ricovero a quella del Day hospital
- **Perché tutela sempre chi ha più bisogno:** le riduzioni proposte non gravano su chi già oggi sostiene spese sanitarie complessivamente eccedenti i singoli massimali
- **Perché non aumenta il contributo a carico dei Soci** in un momento di particolare difficoltà generale, lasciando complessivamente invariato il livello di copertura delle prestazioni



RIDUZIONE DELLE PERCENTUALI DI ALCUNI ARTICOLI

DALL' **80%**  AL **75%**

- **10/B** Analisi, accertamenti diagnostici, fisioterapia, ...
- **10/D** Ricovero senza intervento chirurgico
- **10/E** Parto naturale in regime privato
- **12/B** Lenti da vista
- **13/A** Protesi, ortesi e ausili ortopedici
- **14/A** Visite, prestazioni sanitarie e rilascio di certificazioni (compreso cartelle cliniche):
 - per visite mediche e medico-specialistiche è stata prevista una limitazione nella misura massima di **300 euro** di spesa a visita

Come ogni anno **la decorrenza delle modifiche proposte,**
approvate dall'Assemblea, **è il 1° luglio 2011**



DAL 1° GENNAIO 2012

Coniuge e convivente
(art. 6)

Figlio
(art. 6 bis)

NON A CARICO se tolti dalla CMT



Al momento del rientro possono usufruire
delle PRESTAZIONI DELLA CASSA MUTUA



SOLTANTO ...

DOPO **6 MESI** DI EFFETTIVA CONTRIBUZIONE!



Novità art. 7

I Familiari A CARICO rientrano in CMT

- **al momento** della richiesta del socio
- **senza pagamento** di alcuna quota

ma ... se il familiare a carico
durante l'anno ha prodotto

UN REDDITO > 7.000 Euro

il socio dovrà pagare il contributo annuale previsto per i
familiari non a carico, anche in assenza di rimborsi!



Novità art. 7

IMPREDITORI AGRICOLI

indipendentemente dal reddito
annuo conseguito



SPORTIVI DILETTANTI (art. 67 p. 1 TUIR)

che conseguano un reddito annuo $>$ al limite previsto dalla
normativa fiscale vigente (2.840,51 €)



**Sono sempre considerati familiari non
a carico con conseguente obbligo di pagamento
del contributo previsto dagli articoli 6 o 6/bis**



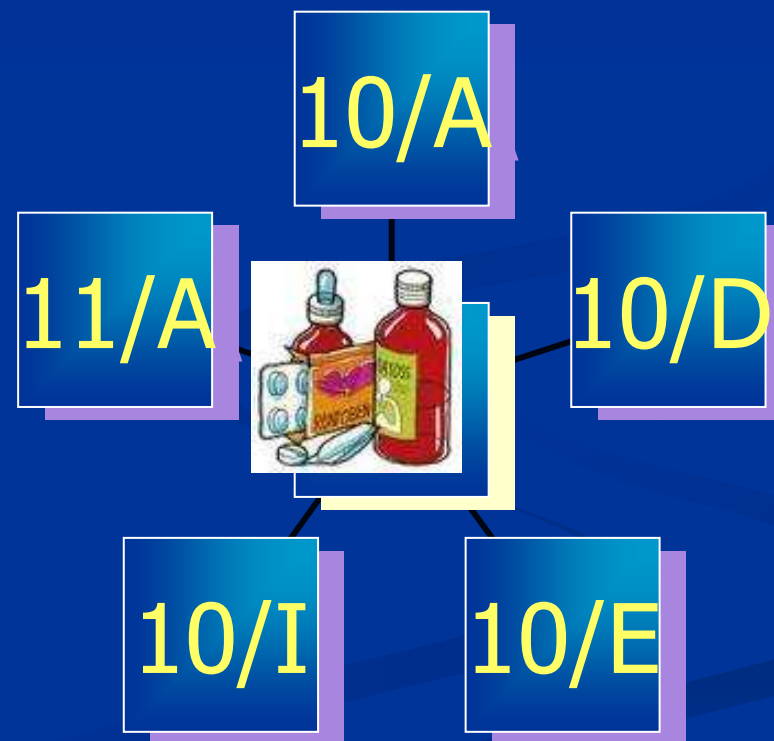
Novità Art. 8 (Norme generali)

**BOLLI
IVA
C.A.P.**

Sono esclusi dal rimborso, con la sola eccezione delle spese per Grandi interventi chirurgici (art. 11/a) per i quali sono ammessi

Novità art. 8

I seguenti articoli prevederanno
Il rimborso anche dei
medicinali
somministrati durante
il ricovero:





Novità Art. 8

In caso di manomissione della documentazione medica o di spesa



RIMBORSO NEGATO

+

**POSSIBILE SOSPENSIONE TEMPORANEA
DAL DIRITTO AL RIMBORSO** (DEL SOCIO E
DEL SUO NUCLEO FAMILIARE)

DA 6 A 24 MESI

se non si è in presenza di fatto talmente grave da prevedere
l'esclusione in base alle previsioni dello Statuto



PROBLEMI:

1. Ritardi nell'invio dei documenti rispetto alla data di spesa
2. Consegna delle spese di tutto l'anno a gennaio dell'anno successivo

conseguenze:

- ❑ **Carichi di lavoro** eccessivamente concentrati alla fine dell'anno
- ❑ **Impossibilità di fare stime** infrannuali attendibili sui costi per erogazioni
- ❑ **Ritardi** nella chiusura dell'anno e nella ripresa delle erogazioni dell'esercizio successivo

Urge un cambiamento di metodo!



Novità Art. 8

Scadenza invio spese:

Data spesa:
Dal **1° gennaio**
al **31 marzo**



Entro il 30 aprile

Data spesa:
Dal **1° aprile**
Al **30 giugno**



Entro il 31 agosto

Data spesa:
Dal **1° luglio**
Al **30 settembre**



Entro il 31 ottobre

Data spesa:
Dal **1° ottobre**
Al **31 dicembre**



Entro il 31 gennaio

Norma transitoria per il 2011 da proporre all'Assemblea dei Soci:
Per il solo anno 2011 saranno accettati anche gli invii tardivi



Novità Art. 8

Spese di istruttoria per ogni prestazione erogata:

- **1,00 €** per rimborsi fino a **25 €** (invariato);
- **1,50 €** per rimborsi superiori a **25 €** fino a **50 €**;
- **2,00 €** per rimborsi superiori a **50 €** fino a **100 €**;
- **3,00 €** per rimborsi superiori a **100 €**.

Logica di tipo progressivo!!

(gli effetti prodotti equivalgono all'aumento di spesa di **1,00 €** a prestazione)



Novità Art. 10/B

PRESCRIZIONI →

esclusivamente con
data **non anteriore**
a 120 gg. dalla data
della fattura

Fatture di:

**CENTRI SPORTIVI, PISCINE, PALESTRE,
E LUOGHI SIMILARI**

NON VERRANNO PIÙ RIMBORSATE

anche se il titolare è un medico o un fisioterapista



Novità Art. 10/B

ATTENZIONE:

**SOLO PER
DISABILITA'
MOTORIA
PERMANENTE
(certificata)**



È rimborsabile la
riabilitazione/rieducazione
funzionale presso

PISCINE

Con relazione specialistica

indicante:

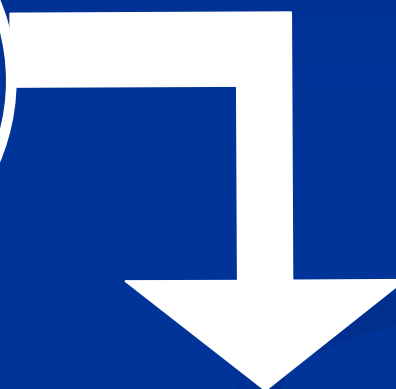
- patologia
- tipo di trattamento necessario
- durata del trattamento





Novità Art. 10/B

Ragazzi di età
< **14 anni**
Affetti da
PARAMORFISMI



Se presentata la certificazione dello specialista ortopedico
hanno diritto al rimborso di **spese per ginnastica
correttiva o rieducazione posturale** effettuata
da terapisti della riabilitazione



Novità ricoveri ospedalieri (Artt. 10/C e 10/H)

Art. 10/C (diaria per ricovero):

DA 85 € → A 50 €

Equiparata la diaria del ricovero di più giorni
con quella prevista per il Day Hospital:
il disagio economico sostenuto dalla famiglia è analogo

Art. 10/H (day hospital, day surgery, ...):

Previsto il rimborso (50 €) anche per il regime di
osservazione breve presso pronto soccorso

Novità!



Art. 10/L

**Nuovo
articolo!**

(Chemioterapia, radioterapia e ipertermia oncologica)

Rimborsabili al **100%** per un importo massimo di **5.000 €** per nucleo familiare per anno

DOCUMENTAZIONE:

Prescrizione delle terapie da parte di uno specialista nella branca di pertinenza della patologia



Art. 10/M (Gravidanza)

**Nuovo
articolo!**

Rimborso per:

- **visite medico-specialistiche ginecologiche**
- **esami diagnostici** (compreso amniocentesi e villocentesi)

al **75%** della spesa

per un massimale di **1.250 €** per ogni gravidanza

DOCUMENTAZIONE:

Certificazione del ginecologo che attesti lo stato di gravidanza e la data prevista per il parto

IMPORTANTE:

L'introduzione di questo nuovo articolo (con scorporo delle prestazioni dagli artt. 10/B e 14/A) produce l'effetto positivo di lasciare a disposizione degli altri componenti il nucleo familiare della gestante i massimali per **ANALISI (10/B)** e per **VISITE (14/A)**



Art. 10/N

(Inseminazione/fecondazione assistita)

**Nuovo
articolo!**

Rimborso del **100%**

Fino a un importo massimo di **1.500** euro
per singolo ciclo
(massimo n. 2 cicli per nucleo familiare per anno)

L'articolo introduce un nuovo massimale personalizzato,
evitando così di intaccare l'art. 10/A



Novità

Art. 11/A (Grandi interventi)

Ridefinita la lista dei Grandi interventi, selezionati dalla classificazione (ICD9-CM) pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

I casi particolari possono essere valutati singolarmente dal CdA come rimborsabili al 100%, previo parere del medico legale della Cassa.

Per il rimborso dei Grandi interventi è sempre OBBLIGATORIA la presentazione della cartella clinica.



Novità

Art. 12/A (cure dentarie)

Dal **1° gennaio 2011** il Socio ha a sua disposizione:

240 euro

+

l'eventuale **residuo del massimale** di **1.810 €**

Ogni anno, il 1° gennaio, vengono messi a disposizione del Socio altri **240 euro** che si cumulano al residuo dell'anno precedente

- i Soci **dipendenti a tempo indeterminato** possono **usufruire subito** del massimale, senza dover aspettare 3 anni dall'iscrizione come in passato
- i Soci **dipendenti a tempo determinato** devono, invece, **attendere 6 mesi** di effettiva contribuzione, anche non consecutivi, prima di poter ricevere il rimborso per le cure dentarie



Novità

Art. 12/B (occhiali e lenti)

- **Nuovi massimali, differenziati a seconda della tipologia di acquisto:**
 - lenti oftalmiche per occhiali (escluso montature)
 - lenti a contatto di lunga durata
 - lenti a contatto usa e getta
- **I rimborsi riconosciuti per ogni singola tipologia di acquisto concorrono al raggiungimento del massimale generale dell'articolo (elevato a 375 €)**
- **Limitatamente alle lenti per occhiali da vista introdotti limiti temporali per aver diritto a un nuovo rimborso in assenza di modifica del visus (non vale per bambini o ragazzi fino a 14 anni)**



LENTI OFTALMICHE (per occhiali)

Rimborsate in presenza di certificazione di modifica del visus, nelle seguenti misure minime:

miopia: almeno 1/2 diottria

astigmatismo
ipermetropia } almeno 3/4 di diottria
presbiopia

In assenza di modifica del visus di cui sopra il rimborso è possibile solo dopo 36 mesi.
Con modifica del visus il rimborso spetta senza limitazione temporale.

Occhiali economici premontati per presbiopia semplice

Il rimborso è pari al **75%** della spesa sostenuta per singolo occhiale, con un limite massimo di **30,00 € di spesa** (massimo **22,50 € di rimborso**)

Massimale di 375 € per nucleo per anno

Sub massimale di 30 € nei 375 € totali

Per i **minori di 14 anni** si procede all'erogazione, senza limitazione temporale

- **Originale della prescrizione** rilasciata dall'oculista o dall'ottico (con data non anteriore a 90 gg. dall'acquisto)
- **Fattura o scontrino fiscale parlante**
- **Scheda per sussidi ottici** (modulo CMT o analogo) con l'importo della montatura (non rimborsabile) distinto da quello delle lenti e con tutti i dati specifici delle lenti acquistate
- **Dichiarazione di conformità** sottoscritta dall'ottico

- **Originale della prescrizione** rilasciata dal medico curante (con data non anteriore a 90 gg. dall'acquisto)
- **Fattura o scontrino fiscale parlante**
- **Certificato di conformità generico** da cui si evinca che si tratta di occhiale correttivo



NON SONO RIMBORSABILI:

- le lenti oftalmiche non graduate
- la montatura, ad esclusione degli occhiali economici premontati



LENTI A CONTATTO

**Lenti a contatto
DI LUNGA DURATA**

Massimale
310 €
per nucleo
familiare per
anno

**Lenti a contatto
USA E GETTA**

Massimale
250 €
per nucleo
familiare per
anno

- **Originale della prescrizione** rilasciata dall'oculista o dall'ottico (con data non anteriore a 90 gg. dall'acquisto)
- **Per le lenti usa e getta** è sufficiente la presentazione di una prescrizione all'anno (in occasione del primo invio)
- **Fattura o scontrino fiscale parlante**
- **Scheda per sussidi ottici** (modulo CMT o analogo) con tutti i dati specifici delle lenti acquistate

NON SONO RIMBORSABILI:

- i liquidi e i prodotti per la manutenzione delle lenti a contatto
- le lenti a contatto non graduate



12/C LENTI OFTALMICHE (per ametropie elevate)

**Nuovo
articolo!**

**Massimale
di 500 €
per nucleo
familiare**

Le *Ametropie elevate* che rientrano nel presente massimale sono le seguenti:

- **Miopia** pari o superiore a 8 diottrie
- **Ipermetropia** pari o superiore a 4 diottrie
- **Astigmatismo** pari o superiore a 4 diottrie

- **Originale della prescrizione** rilasciata dall'oculista o dall'ottico (con data non anteriore a 90 gg. dall'acquisto)

- **Fattura o scontrino fiscale parlante**

- **Scheda per sussidi ottici** (modulo CMT o analogo) con l'importo della montatura (non rimborsabile) distinto da quello delle lenti e con tutti i dati specifici delle lenti acquistate

- **Dichiarazione di conformità** sottoscritta dall'ottico

N.B. 1: in assenza della modifica del visus il rimborso è possibile solo dopo 24 mesi dall'ultimo rimborso erogato (data della fattura o dello scontrino parlante)

N.B. 2: in presenza di modifica del visus pari o superiore a 1/2 diottria il contributo verrà corrisposto senza limitazione temporale

Per i **minori di 14 anni** si procede sempre all'erogazione, anche in assenza della modifica del visus



Novità Art. 13/A (sussidi ottici e ortopedia)

**Sono
necessarie
idonee
prescrizioni
specialistiche**

Sono rimborsabili:

1) l'acquisto
dei segg.
sussidi
ottici:

- lenti per trapiantati di cornea
- lenti a contatto RGP per cheratocono
- lenti a contatto per patologie corneali che necessitano di bendaggio (ulcere o cheratiti bollose)
- lenti a contatto protetiche per patologie dell'iride

2) l'acquisto, il noleggio e la riparazione di **ortesi o tutori ortopedici** come busti, scarpe ortopediche, ginocchiere, cavigliere, plantari e simili

3) l'acquisto di **stampelle ortopediche**

4) il noleggio di **ausili ortopedici** come deambulatori, sollevatori, carrozzine e simili

I cuscini ortopedici e qualsiasi tipo di elettrostimolatore muscolare non possono essere rimborsabili



Novità

Art. 13/B (ortodonzia)

- **ORTODONZIA:** elevato il diritto al rimborso da 16 a **18 anni**
- **BITE:** Per un importo max di **300 €** di spesa (240 € di rimborso). E' necessaria una relazione medica che dichiari l'esistenza di una **patologia odontoiatrica e/o maxillo facciale**

Non è più rimborsabile
l'Ortodonzia preprotetica



Art. 18

**Nuovo
articolo!**

Prestazioni straordinarie per LTC

I Soci assicurati con polizza LTC in stato di **non autosufficienza temporanea non stabilizzata** (punteggio di almeno 40 punti) possono usufruire di *un'una tantum* fino a **10.000 €**

per le spese sostenute per acquisto di presidi sanitari, ausili terapeutici, strutture mobili finalizzate al superamento delle barriere architettoniche e rimaste effettivamente a carico.

(Sono esclusi i casi indicati al punto B. 2 della polizza LTC)

DOCUMENTAZIONE:

- fatture o ricevute fiscali
- attestazione dello stato di non autosufficienza compilato dal medico curante
- prescrizione medica degli ausili, descrittiva della correlazione con lo stato di non autosufficienza



Art. 19

**Nuovo
articolo!**

(Prestazioni riabilitative per disabili)

Per i disabili gravi (Soci o familiari) a cui sia stata riconosciuta dall'INPS:

- **l'indennità di accompagnamento** e/o
- **lo stato di handicap in condizione di gravità**
e che:
- **si trovino nell'impossibilità di deambulazione autonoma** o
- **abbiano necessità di assistenza continuativa**

Rimborso del **100%**

fino a un importo massimo di **1.500 €** all'anno

DOCUMENTAZIONE:

- fattura o ricevuta della terapia riabilitativa
- copia del verbale di accertamento dello stato invalidante rilasciato dall'INPS

SONO ESCLUSI:

I soggetti con patologie neoplastiche in trattamento chemioterapico o radioterapico (per i quali si rimanda alle prestazioni del nuovo art. 10/L)



Sul sito della Cassa Mutua
(www.mutuabcc.it) quanto prima
sarà disponibile il testo integrale
del nuovo Regolamento.