



ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Di seguito si riportano le prestazioni di assistenza sanitaria integrativa attualmente concesse dall'ECOMAP.

Per individuare le persone che possono usufruire dell'assistenza sanitaria ECOMAP e precisare le modalità di rilascio delle varie prestazioni, divideremo le persone interessate in tre gruppi: i primi due riguardano i soggetti che secondo lo statuto possono iscriversi alla Cooperativa come soci, il terzo gruppo riguarda i "familiari" e altri soggetti.

GRUPPO 1

- a. titolari di rivendite di tabacchi lavorati, persone fisiche e giuridiche, autorizzati dall'Agenzia Dogane e Monopoli(*);
- b. gerenti provvisori di rivendite ordinarie con titolo al conferimento diretto, gerenti di rivendite speciali, gestori di rivendite con titolo provvisorio (*);
- c. gestori, persone fisiche e giuridiche, dei depositi fiscali locali(*).

* Come chiamati nel prosieguo. Naturalmente, i termini "titolari e "gestori" includono ambo i sessi.

GRUPPO 2

- a. coadiutori autorizzati dall'Agenzia Dogane e Monopoli delle rivendite di tabacchi lavorati;
- b. persone fisiche e giuridiche, associazioni o enti, che abbiano particolari competenze, interessi ed attinenze nel settore del tabacco e di tutti i servizi svolti in tabaccheria, su loro domanda e delibera favorevole del Consiglio di Amministrazione.

GRUPPO 3

- a. figli di titolari, coadiutori e gestori, sia conviventi che non conviventi;
- b. coniuge del titolare, del coadiutore o del gestore, sia convivente che non convivente;
- c. altra persona iscritta sullo stato di famiglia del titolare, del coadiutore o del gestore (assistenza limitata ad un solo soggetto);
- d. genitori del titolare, del coadiutore o del gestore, solo se iscritti sullo stesso stato di famiglia;
- e. fratelli e sorelle del titolare, se Assistenti di rivendita;
- f. nipoti e nonni del titolare, se Assistenti di rivendita;
- g. ex titolari ed ex coadiutori iscritti a T per Sempre, oltre che all'ECOMAP, che potranno far accedere all'assistenza sanitaria integrativa ECOMAP anche i loro "familiari", come indicato ai punti da a) a d) che precedono;
- h. soci di società iscritte all'ECOMAP, che potranno far accedere all'assistenza sanitaria integrativa ECOMAP anche i loro "familiari", come indicato ai punti da a) a d) che precedono.

Per usufruire delle "prestazioni sanitarie ECOMAP" bisogna aver ottemperato agli adempimenti verso l'Ente, in particolare i soci titolari e gestori devono essere in regola con il versamento del Contributo Annuale, che dà modo di usufruire di tutte le prestazioni della Cooperativa, comprese le fideiussioni; tutti gli altri soggetti di cui ai Gruppi 2 e 3 (inclusi i "familiari") devono essere in regola con il versamento del Contributo di Mutualità. I "familiari" potranno accedere alle "prestazioni sanitarie" solo se il soggetto attraverso il quale possono beneficiarne è in regola con l'iscrizione a socio dell'Ente e con la prevista contribuzione.

La validità della copertura - intesa come l'insieme delle "prestazioni sanitarie" che è possibile ottenere con il supporto dell'ECOMAP - per tutti gli assistiti è di un anno solare: 1° gennaio - 31 dicembre.

Per i nuovi soci ECOMAP titolari e gestori, la copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui sottoscrivono i contratti per le fideiussioni con l'Ente. Per gli altri assistiti (Gruppi 2 e 3) la copertura iniziale decorre dal momento dell'adesione all'assistenza sanitaria a mezzo di apposito modulo e relativo versamento.

Titolari, gestori e coadiutori possono usufruire della copertura sanitaria senza limite di età, tranne quanto previsto alla "Prestazione B" relativa ai Grandi Interventi Chirurgici; per gli ex titolari ed ex coadiutori iscritti a T per Sempre il limite di età è di 80 anni, per tutti gli altri assistiti è di 75 anni.

Se socio dell'ECOMAP è una persona giuridica, beneficia delle "prestazioni sanitarie" il legale rappresentante della società, che nel caso di titolari e gestori sarà anche il firmatario dei contratti per le fideiussioni.

Prima di entrare nel dettaglio delle prestazioni, si precisa che per copertura/copertura sanitaria si intendono l'insieme delle prestazioni che è possibile ottenere, per decorrenza il giorno dal quale è possibile usufruire delle prestazioni, fermo restando che ci potrebbero essere delle carenze che ritardano l'effettiva possibilità di avvalersi di una o più prestazioni, e che per assistito è la persona che usufruisce della copertura sanitaria.

PRESTAZIONE A) RIMBORSO SPESE SANITARIE IN CASO DI RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

La "Prestazione A" vale per il ricovero e/o day hospital con intervento chirurgico in Istituto di Cura, resi necessari da malattia, infortunio o trapianto di organi.

Ogni assistito, per il periodo di validità della copertura, usufruisce di un importo massimo rimborsabile di € 20.000,00.



La "Prestazione A" prevede il rimborso delle spese sostenute per quanto segue: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi; assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il ricovero o l'intervento chirurgico; rette di degenza.

In caso di trapianto, la "Prestazione A" si estende - fino alla concorrenza dell'importo massimo rimborsabile - alle spese sostenute per il prelievo sul donatore e il prelievo sull'assistito, in qualità di donatore vivente.

Limiti della "Prestazione A" per alcuni rimborsi in caso di ricovero con intervento chirurgico: € 2.500,00 per adenoidi e tonsille; € 5.000,00 per appendici, emorroidi e aborto terapeutico; € 8.000,00 per varici ed ernie; € 10.000,00 per legamenti e menisco.

Informazioni relative all'erogazione dei rimborsi: Il rimborso prevede uno scoperto del 15% sulle spese sostenute ed è erogato nei limiti dell'importo massimo rimborsabile, o di quanto dello stesso rimane a seguito di precedenti rimborsi relativi a interventi chirurgici avvenuti nel periodo di validità della copertura.

Ai fini del rimborso, la documentazione sanitaria - in originale - va spedita all'ECOMAP entro 60 giorni dalla fine del ricovero nel quale ci sia stato intervento chirurgico. È comunque opportuno avvisare subito l'Ente dell'avvenuto intervento. Al termine dell'istruttoria, la documentazione su richiesta viene restituita all'assistito.

PRESTAZIONE B) RIMBORSO SPESE SANITARIE IN CASO DI RICOVERO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'ECOMAP ha sottoscritto un'apposita convenzione per offrire ai soci una copertura in caso di Grande Intervento Chirurgico (di seguito, la "Convenzione GIC"). I titolari/coadiutori/gestori e gli ex titolari ed ex coadiutori iscritti a T per Sempre possono usufruire della "Prestazione B" fino all'80° anno di età, mentre per tutti gli altri assistiti le "prestazioni sanitarie ECOMAP" compresa la presente, cessano in ogni caso al 75° anno di età.

L'assistito ogni anno solare usufruisce di un importo massimo rimborsabile di € 80.000,00. La "prestazione B" prevede il rimborso delle spese sostenute in occasione di Grande Intervento Chirurgico (avvenuto a seguito di malattia o infortunio) per quanto segue: accertamenti diagnostici - compresi i relativi onorari medici - effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero seguito da Grande Intervento Chirurgico, purché direttamente inerenti all'infortunio o alla malattia che hanno originato l'intervento e quindi accompagnati da relativa prescrizione medica; onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi o gli apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento; assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, cure omeopatiche ed esami riguardanti il periodo di ricovero; rette di degenza; spese rese necessarie dall'intervento o sostenute dopo la cessazione del ricovero (nei 100 giorni successivi al ricovero stesso) relative ad esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), accompagnate da relativa prescrizione medica. In caso di trapianto, la prestazione, fino alla concorrenza dell'importo massimo rimborsabile, viene estesa alle spese sostenute per quanto segue: il prelievo sul donatore; il prelievo sull'assistito, in qualità di donatore vivente.



Informazioni aggiuntive sulla "Prestazione B": La prestazione non prevede vincoli territoriali, è quindi valida per il mondo intero, ma la liquidazione del sinistro viene fatta in Italia e in valuta italiana. L'indennizzo non prevede scoperti o franchigie ed è erogato nei limiti dell'importo massimo rimborsabile di € 80.000,00 o di quanto dello stesso rimane a seguito di precedenti risarcimenti. Ai fini dell'indennizzo, la documentazione sanitaria - in originale - va spedita all'ECOMAP entro 100 giorni dalla fine del ricovero nel quale ci sia stato Grande Intervento Chirurgico. In ogni caso, è assolutamente necessario avvisare subito l'Ente dell'avvenuto intervento. Al termine dell'istruttoria la documentazione - su richiesta - viene restituita all'assistito.



Convalescenza: È previsto un indennizzo pari a € 40,00 al giorno nei casi di convalescenza (prescritta dai sanitari che hanno avuto in cura l'assicurato o dal medico curante) immediatamente successiva alle dimissioni avvenute a seguito di Grande Intervento Chirurgico. L'indennità è garantita sino a un massimo di giorni pari a quelli del ricovero e comunque non oltre i 30 per anno solare. L'indennizzo per la convalescenza è riconosciuto anche nel caso in cui l'assistito, a seguito di Grande Intervento Chirurgico, chieda la diaria giornaliera di cui alla Prestazione C) che segue.

Grande Intervento Chirurgico dopo l'80° anno di età : Per i soli titolari/coadiutori/gestori in regola con tutti gli adempimenti verso l'Ente, qualora costoro dovessero avere un Grande Intervento Chirurgico dopo l'80° anno di età, ECOMAP interviene direttamente in loro favore con una copertura che prevede un importo massimo rimborsabile di € 40.000,00; in questo caso, la natura del rimborso e le modalità della prestazione sono simili a quelle descritte nella Prestazione "A"; nel caso in cui l'assistito - per questa particolare situazione - dovesse chiedere la Diaria giornaliera (Prestazione "C"), sarà presa a riferimento quella di € 60,00.

PRESTAZIONE C) DIARIA GIORNALIERA

Se per l'intervento chirurgico o il Grande Intervento Chirurgico non si sostengono spese, in alternativa al rimborso/indennizzo relativo alle due prestazioni A e B che precedono, si può chiedere la corresponsione di una diaria come segue:

- * € 60,00 per ogni giorno di ricovero in caso di intervento chirurgico (Prestazione "A") con il limite di 15 giorni per il periodo di validità della copertura. La diaria per l'ultimo giorno di ricovero è riconosciuta solo se risulta in modo chiaro, sulla cartella clinica, che le dimissioni dell'assistito sono avvenute dopo le ore 16.00. Se l'intervento chirurgico avviene in day hospital la diaria è concessa per un giorno di ricovero;
- * € 100,00 per ogni giorno di ricovero in caso di Grande Intervento Chirurgico assicurato dalla Convenzione GIC con il limite di 30 giorni per anno solare. In questo caso, come precisato nella Prestazione "B", l'assistito ha diritto ad avere anche l'indennità di convalescenza e l'indennizzo (quest'ultimo con il limite di € 1.000,00 per sinistro) delle spese sostenute nei 100 giorni precedenti e nei 100 giorni successivi il ricovero.

Ai fini del rimborso, la documentazione sanitaria va spedita all'ECOMAP al termine del ricovero nel quale ci sia stato intervento chirurgico o Grande Intervento Chirurgico, in copia per i casi riguardanti la diaria di € 60,00 e in originale per l'altra diaria.

RIASSUMENDO

In caso di Grande Intervento Chirurgico l'assistito, attraverso l'apposita Convenzione stipulata dall'ECOMAP e secondo quanto specificamente previsto nelle Prestazioni "B" e "C", può usufruire di quanto segue:

- * indennizzo delle spese sostenute nell'Istituto di Cura durante il ricovero e per l'intervento, indennizzo delle spese sostenute nei 100 giorni precedenti e nei 100 giorni successivi il ricovero, indennità di convalescenza

oppure, per chi ricorre al Servizio Sanitario Nazionale

- * diaria giornaliera, indennizzo delle spese sostenute nei 100 giorni precedenti e nei 100 giorni successivi il ricovero (in questo caso con il limite di € 1.000,00 per sinistro), indennità di convalescenza.

PRESTAZIONE D) BONUS MATERNITÀ - PATERNITÀ



In caso di nascita o adozione legale di uno o più figli, viene riconosciuto un bonus di € 500,00 per ogni figlio nato o adottato legalmente, comprensivo delle eventuali spese per il ricovero. Ai fini dell'erogazione del contributo, va presentato l'estratto di nascita (entro 60 giorni dal parto) o la documentazione dell'avvenuta adozione (entro 60 giorni dal rilascio). Se entrambi i genitori hanno titolo al beneficio, il bonus è concesso a un solo genitore (non raddoppia). Per ottenere il bonus, la nascita o l'adozione legale del figlio deve avvenire dopo 300 giorni dalla decorrenza della copertura sanitaria.

**assistenza sanitaria
integrativa**

PRESTAZIONE E) RIMBORSO SPESE PER VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE

Rimborso sulle spese per cinque visite mediche specialistiche effettuate nel periodo di validità della copertura, con il limite del 50% della spesa per ciascuna visita e con un rimborso che in ogni caso non può essere superiore a € 100,00 per fattura o ricevuta.

Per ottenere il rimborso, l'assistito deve presentare copia della fattura o della ricevuta quietanzata, sulla quale deve essere specificato il tipo di visita effettuata (ortopedica, oculistica, ecc.). Questa documentazione va spedita all'ECOMAP entro 30 giorni dalla data della visita. Prima dell'erogazione del rimborso, è facoltà dell'ECOMAP chiedere all'assistito l'originale della fattura o ricevuta, che gli sarà poi restituito. Questo adempimento - se richiesto - è obbligatorio, pena l'annullamento del rimborso e vale anche per le altre "prestazioni sanitarie ECOMAP" dove sia chiesto l'invio della documentazione in copia.

Dal rimborso spese per visite mediche specialistiche sono escluse tutte le visite specialistiche odontoiatriche (ivi comprese, pertanto, quelle relative alle specializzazioni riconducibili a questa branca della medicina, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, l'endodonzia, la gnatologia, l'igiene dentale, la pedodonzia, l'ortodonzia, la parodontologia, ecc.).

Per la "Prestazione E" non è previsto alcun periodo di carenza.

PRESTAZIONE F) RIMBORSO SPESE PER ALTA DIAGNOSTICA

Rimborso fino a un importo massimo di € 2.500,00 per il periodo di validità della copertura, sulle spese sostenute per i seguenti accertamenti diagnostici: TAC, MOC, Risonanza Magnetica Nucleare, Scintigrafia, Chemioterapia. Ogni rimborso viene effettuato con uno scoperto del 10% dell'importo indennizzabile, con un minimo di € 50,00.

Il rimborso è vincolato alla presentazione di copia della fattura o ricevuta quietanzata sulla quale deve essere specificato il tipo di accertamento diagnostico eseguito.

La documentazione va spedita all'ECOMAP entro 30 giorni dalla data dell'accertamento.



Dal rimborso sono esclusi gli accertamenti diagnostici dovuti a problemi di odontoiatria, relativi a tutte le specializzazioni di questa branca della medicina. Per la "Prestazione F" non è previsto alcun periodo di carenza.

A chi rivolgersi per usufruire delle “Prestazione sanitarie ECOMAP”: Le pratiche per ottenere l'erogazione dei rimborsi/contributi vanno spedite a E.CO.M.A.P. scpa - Via Leopoldo Serra 32 - 00153 ROMA. Sempre a questo Ente e ai Sindacati Provinciali FIT ci si può rivolgere per ottenere informazioni.

Orario Uffici ECOMAP: Dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00; il venerdì dalle ore 8.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.00. Recapiti: Tel. 06/585205377 (diretto settore sanitario); Centralino 06/5852051; Fax 06/56561261; Email: assistenzasanitaria@ecomap.it.

Limiti delle “Prestazione sanitarie ECOMAP”: Le prestazioni non sono operanti per quanto connesso a: 1) malformazioni stabilizzate, difetti fisici e mutilazioni esistenti prima della decorrenza della copertura sanitaria; 2) malattie, infortuni e loro conseguenze dovuti all'abuso di alcolici e narcotici o all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, anfetamine e simili, nonché all'uso volontario di sostanze dannose; 3) infortuni derivanti da guerra, guerra civile, invasione, partecipazione attiva e volontaria dell'assistito a sommosse e rivolte di ogni specie, atti di pirateria e sabotaggio; 4) malattie o infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; 5) sindromi organico cerebrali, malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici; 6) infortuni conseguenti a delitti dolosi dell'assistito; 7) A.I.D.S. e sieropositività HIV; 8) interruzione di gravidanza non dettata da necessità terapeutiche; 9) interventi con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari e avvenuti entro un anno dall'infortunio); 10) protesi dentarie; 11) cure dentarie e delle parodontopatie; 12) acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici; 13) infortuni derivanti da sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e relativi allenamenti e prove; 14) ricoveri allo scopo di effettuare checkup clinici; 15) correzioni chirurgiche della miopia, dell'ipermetropia e dell'astigmatismo; 16) fecondazione assistita; 17) cure e interventi finalizzati al cambio di sesso; 18) parto cesareo.

Durante il ricovero con intervento chirurgico o Grande Intervento Chirurgico, le prestazioni non sono inoltre operanti per quanto segue: rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio di bar, ristorante e simili e rimborso delle spese per l'assistenza di terzi esterni all'istituto di cura pubblico o privato.

Carenze relative alle prestazioni “A” “B” e “C”- Per tutti coloro che risultano in copertura alla data del 31 dicembre di ciascun anno, per l'anno successivo è previsto il rispetto delle eventuali carenze ancora in corso.

Per le nuove adesioni, la cui copertura sanitaria decorre così come specificato in apertura, le prestazioni sono operanti:

- * per gli infortuni, dalle ore 24.00 del giorno di adesione (in pratica, non c'è carenza);
- * per le malattie, dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura sanitaria (incluso l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo la decorrenza della copertura sanitaria);
- * per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla decorrenza della copertura, dal 90° giorno successivo a quello di effetto della copertura medesima.

Persone che non possono usufruire dell'assistenza sanitaria ECOMAP: Le persone che al momento della prima adesione e/o rinnovo risultino affette da alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV, sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi. Se la persona è colpita da tali malattie durante la validità della copertura sanitaria, la stessa cessa alla prima scadenza utile. Non possono usufruire dell'assistenza sanitaria integrativa ECOMAP le persone non residenti all'interno del territorio italiano. In caso di trasferimento della residenza al di fuori del territorio italiano durante la validità della copertura, quest'ultima cessa alla prima scadenza utile successiva alla data di trasferimento.

Validità territoriale: Ai fini del rimborso la prestazione relativa ai Grandi Interventi Chirurgici può avvenire nel mondo intero, mentre per le altre prestazioni la validità territoriale è limitata ai Paesi dell'Unione Europea. In ogni caso l'erogazione del rimborso/contributo sarà fatta in Italia e in valuta locale.