

# FONDO SANITARIO ANMVI

## NORME GENERALI

**Le norme generali di seguito riportate rimandano ai seguenti documenti permanentemente disponibili al sito web <[http:// www.anmvi.it](http://www.anmvi.it)>: Statuto del Fondo Sanitario ANMVI e Regolamento del Fondo Sanitario,**

### ASSISTITI

La garanzia opera nei confronti dei Medici Veterinari iscritti al Fondo Sanitario A.N.M.V.I., aderente ad ASSIDIM ASSISTENZA, nonché del proprio nucleo familiare come di seguito definito. Possono aderire al Fondo Sanitario A.N.M.V.I. solo gli iscritti ad una delle Associazioni Federate A.N.M.V.I.: ANVU, AIVEMP, SCIVAC, SIVAE, SIVAR, SIVE, SIDEV, SOVI, SISCA, SIVAL, ALIVELP, ASVAC, AVULP, SOVEP, AMVETPA, APVAC, AVM, CVB, CVS. Il mancato rinnovo di iscrizione ad una Associazione Federata ANMVI fa decadere la qualità di socio.

### 2. NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO

Per nucleo familiare si intendono tutti i familiari conviventi come da Stato di Famiglia ed i figli anche non conviventi purché fiscalmente a carico o se vi è, rispetto a loro, l'obbligo di mantenimento. E' equiparato al coniuge il convivente more-uxorio, purché risultante dallo stato di famiglia e/o da apposita autocertificazione.

### 3. MODALITÀ DI ISCRIZIONE

I soci del Fondo Sanitario ANMVI diventano tali a seguito dell'invio di una richiesta scritta di adesione (art. 5 Statuto del Fondo Sanitario ANMVI), formalizzata attraverso la compilazione e l'invio alla Segreteria del Fondo dell'apposito modulo di adesione. La copertura avrà durata fino alle ore 24 del 31 dicembre dell'anno in cui è stata attivata. La cancellazione anticipata non darà luogo ad alcun rimborso del rateo di contributo non utilizzato. L'adesione è permanente fino a revoca del sottoscrittore, da comunicarsi secondo le modalità previste dall'art. 5 dello Statuto del Fondo e dall'art. 5 del Regolamento. Con comunicazione annuale, entro il 31 ottobre di ciascun anno, i sottoscrittori possono modificare o revocare la scelta delle coperture in atto. Il termine statutario del 31 ottobre può essere prorogato di necessità dal Consiglio di Amministrazione del Fondo. I soggetti che beneficiano della prestazione sanitaria hanno l'obbligo di comunicare, ogni variazione del proprio nucleo familiare utilizzando l'apposita modulistica. L'ingresso, mediante adesione associativa al Fondo, è ammesso ogni tre anni, alla riapertura delle sottoscrizioni generali. Nel corso del triennio, possono eccezionalmente essere associati i medici veterinari che si iscrivono per la prima volta ad una delle Associazioni Federate ANMVI.

### 4. EVENTI COPERTI

Le prestazioni ammesse al rimborso presuppongono l'esistenza dello stato di malattia e/o di infortunio. Si considerano quindi le cure per malattie e/o lesioni derivanti da infortuni che si siano rese necessarie nel corso dell'anno di iscrizione e che abbiano richiesto le prestazioni elencate nell'Opzione scelta. Anche se impropriamente nelle malattie si considerano incluse: gravidanza, parto, puerperio e aborto terapeutico. Sono incluse anche le menomazioni fisiche che possono essere compensate con l'uso di protesi ortopediche.

### 5. LIMITI DELLE PRESTAZIONI

La convenzione vale altresì durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; è invece sospesa durante il servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le suddette cause di sospensione.

Sono esclusi dalla prestazione:

1. le intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo in quest'ultimo caso di somministrazione terapeutica non conseguente ad assunzione volontaria), allucinogeni e simili;
2. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
3. le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale di cui l'Assicurato abbia preso parte volontaria;
4. le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
5. gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
6. le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia stomatologica e plastica ricostruttiva, rese necessarie da infortunio);
7. le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto, intendendo per tali l'alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale) diagnosticabile prima dell'iscrizione;
8. gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o alluvioni;
9. le cure e gli interventi volti alla correzione o eliminazione dei vizi refrattivi quali, a titolo esemplificativo, la cheratomilleusi e interventi ad essa assimilati (es. Prk con laser ad eccimeri);
10. le malattie mentali (incluse le nevrosi o psiconevrosi);
11. cure e protesi dentarie, paradentarie, ortodontiche, nonché gli interventi preprotesi e di implantologia (salvo quanto previsto dalla garanzia specifica per quanto riguarda la sola OPZIONE MASSIMA)
12. gli interventi finalizzati al trattamento dell'inseminazione artificiale;
13. check up;
14. visite per abilitazioni sportive, patenti e documenti in genere, nonché visite mediche legali.

## 6. SOGGETTI NON ASSICURABILI

Non possono beneficiare delle prestazioni sanitarie le persone affette da infermità mentali, delirium tremens, alcoolismo e tossicomania. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della copertura, la stessa cesserà dopo il primo evento.

## 7. DEFINIZIONI

- **Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
- **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **Ricovero ospedaliero:** degenza in Istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
- **Istituto di cura:** l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura sia convenzionati con il S.S.N. che privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
- **Day Hospital:** degenza in Istituto di cura in esclusivo regime diurno, riconosciuta come tale solo dietro presentazione di cartella clinica.
- **Medicinali:** (solo nei 120 giorni post-ricovero) sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi, non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici ecc., anche se prescritti da un medico.
- **Assistenza infermieristica:** è quella prestata da personale fornito di specifico diploma.
- **Convalescenza:** il periodo successivo alla dimissione dall'istituto di cura che comporta un'inabilità temporanea.
- **Intervento chirurgico ambulatoriale:** l'intervento effettuato senza ricovero, comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.
- **Visite specialistiche:** quelle effettuate da medico fornito di specializzazione.
- **Massimale per nucleo familiare:** la disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i componenti del nucleo familiare che fa capo al titolare della copertura, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno solare.
- **Indennizzo:** la somma dovuta in caso di sinistro.
- **Scoperto:** percentuale non rimborsata sull'importo richiesto.
- **Franchigia:** cifra fissa che, per talune prestazioni e secondo modalità precisate, riduce l'entità del rimborso.
- **Codice nucleo:** è il riferimento numerico riportato sulla tesserina recapitata da Assidim Assistenza. E' utile per entrare in contatto diretto con l'ufficio liquidazioni di Milano (02/48538985) e con Filo Diretto (800824080).

## 8. VALIDITÀ TERRITORIALE

La copertura vale per il mondo intero.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio U.I.C. (Ufficio Italiano Cambi) della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

## 9. CONTROVERSIE

In caso di disaccordo sulla natura e sulle conseguenze di una malattia o di un infortunio, o di un intervento chirurgico, l'interessato dovrà presentare il suo reclamo ad ASSIDIM - e in copia al Fondo Sanitario ANMVI - che interverrà presso la Compagnia di Assicurazioni per tentare una composizione amichevole della vertenza. Nel caso l'azione di ASSIDIM non desse i risultati sperati, l'interessato dovrà ricorrere ad un Collegio Arbitrale composto da tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici di Milano. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

### **MODALITA' DI RIMBORSO** (V. *Condizioni e termini di presentazione e liquidazione -aggiornate*)

Al completamento di un evento, cioè a conclusione del ciclo di cure con il quale l'evento stesso è stato trattato, i soci utilizzano l'apposito allegato G (permanentemente scaricabile al sito [www.anmvi.it](http://www.anmvi.it)). I soci che richiedono il rimborso delle spese sanitarie sostenute devono allegare i documenti fiscali in originale e in fotocopia ed hanno un anno di tempo dalla data di emissione del documento di spesa. Per conoscenza il Fondo Sanitario deve essere informato delle richieste di liquidazione inoltrate alla C.P. ASSIDIM a Milano. Si consiglia di spedire per raccomandata A.R. e di tenere una copia della documentazione inviata. I documenti devono contenere indicazioni tali da permettere di rilevare:- lo stato di malattia o di infortunio; - la natura ed il tipo delle cure prestate. Queste indicazioni sono indispensabili per consentire, all'atto della liquidazione, la verifica e la corretta imputazione delle spese ai massimali di competenza. L'Assistito e i suoi familiari aventi diritto devono consentire la visita di medici all'uopo designati e qualsiasi indagine o accertamento che si rendesse necessario, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso. I documenti comprovanti le spese sostenute, devono essere conformi alle norme fiscali vigenti nei paesi dove essi sono stati rilasciati. In particolare: - le fatture e/o parcelle devono riferirsi a prestazioni fornite in un solo anno solare. Nel caso di prestazioni che si estendono a cavallo di due anni, è necessario procurarsi documenti di spesa separati. Le fatture e/o parcelle devono contenere la ragione sociale della ditta o il nominativo del professionista che le ha rilasciate; e se trattasi di parcella per visita medica specialistica, anche il titolo di specializzazione del medico. Invece, se trattasi di parcella relativa ad assistenza infermieristica, deve contenere anche il numero di patente dell'infermiere. Per la corretta attribuzione dei rimborsi ai massimali di competenza saranno prese in considerazione le date di compilazione dei documenti di spesa (fatture - tickets - parcelle - ecc.) presentati anche se le prestazioni descritte in tali documenti sono riferite all'anno precedente. I tickets delle visite e degli accertamenti diagnostici, per le prestazioni in cui sono previsti, rientrano nella garanzia se descritti nella fattura originale rilasciata

dall'istituto dove gli accertamenti stessi sono stati eseguiti. Lo stato di malattia e/o infortunio deve essere evidenziato come segue: nel caso di singola visita medica, si ritiene implicito, purché non si tratti di visite dietologiche nel qual caso occorre la diagnosi della malattia; nel caso di visita medica con prescrizione di terapia o di accertamenti e successiva visita medica di controllo, si ritiene ancora implicito; nel caso di visite mediche multiple, parcellate su unica notula, o nel caso di visite mediche singolarmente parcellate ma ripetute più volte nel corso dell'evento e senza prescrizione di terapie o di accertamenti diagnostici, occorre che il medico curante certifichi anche la diagnosi; nel caso di accertamenti diagnostici di patologia clinica (analisi di laboratorio) o di accertamenti comprendenti analisi di laboratorio, o indagini radiologiche semplici prescritte dal medico curante, si ritiene implicito. Altrimenti, occorre che il medico curante certifichi anche i motivi della prescrizione. In sintesi, è richiesta la prescrizione motivata nei casi in cui sia stata prescritta una vasta gamma di accertamenti comprendenti analisi di laboratorio, indagini radiologiche e accertamenti specialistici strumentali. Infine, oltre alla prescrizione medica motivata, occorre anche la diagnosi della malattia riscontrata quando vengono prescritti gli accertamenti tipici del controllo clinico radiologico strumentale. Per tutti i ricoveri, la richiesta di rimborso deve essere corredata da una copia della cartella clinica. Per le cure con o senza ricovero praticate all'estero, in paesi ove non è consuetudine rilasciare copia della cartella clinica, si consiglia di prendere preventivi accordi con le case di cura affinché venga rilasciata una documentazione valida per rimborso assicurativo. In ogni caso la documentazione rilasciata deve essere corredata da traduzione in lingua italiana. I rimborsi vengono effettuati direttamente agli Assistiti, con accredito sul conto corrente bancario segnalato dall'Assistito e con notifica al suo domicilio. I pagamenti vengono effettuati in Italia ed in lire italiane. I documenti originali di spesa con sopra segnato l'importo rimborsato, vengono restituiti agli interessati ad ogni liquidazione, se sono stati inviati insieme alle rispettive fotocopie. Non possono essere ammesse al rimborso le richieste che pervengano ad ASSIDIM dopo un anno dalla data della relativa documentazione di spesa, a meno che sia possibile dimostrare che la ritardata presentazione sia stata causata da altro ente assistenziale.

Eventuali reclami relativi ai rimborsi effettuati ed alle procedure attuate devono essere inoltrati per iscritto ad ASSIDIM. I rimborsi vengono effettuati da ASSIDIM, di norma entro 45 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Unica eccezione è costituita dai tempi necessari alle liquidazioni delle richieste presentate nel primo trimestre, a causa della necessaria riemissione delle polizze a conferma delle coperture rinnovate per la nuova annualità.

## **AVVERTENZE**

**1) Passaggio ad opzione superiore.** E' possibile optare per il cambio di opzione, ovvero delle condizioni di copertura solo passando ad opzione superiore. Non è possibile cambiare opzione optando per una inferiore. Il passaggio di opzione deve essere formalizzato entro il 31/10 di ogni per la decorrenza delle nuove coperture dal 01/01 dell'anno successivo.

**2) Versamento dei contributi.** In base all'articolo 4 del Regolamento del Fondo Sanitario ANMVI, i soci sono tenuti a versare al Fondo i contributi necessari per ottenere le prestazioni assistenziali richieste. Eventuali ritardi nel versamento possono comportare l'interruzione delle prestazioni. Il mancato pagamento può comportare l'esclusione del socio ( art. 5 dello Statuto e art. 4 del Regolamento)

**3) Trattamento fiscale.** La segreteria del Fondo non emette ricevuta fiscale per il versamento della quota annuale. Fanno fede a questo riguardo le attestazioni di pagamento postali e bancarie. La ricevuta non è inoltre dovuta non essendo detraibile dalla dichiarazione dei redditi la quota annuale versata al Fondo. Mantengono invece la detraibilità le spese sanitarie sostenute, ancorché rimborsate dal Fondo secondo la vigente normativa fiscale.

**4) Coordinate bancarie.** Vanno tempestivamente segnalate al Fondo mediante apposito modulo eventuali variazioni di coordinate bancarie in corso d'anno. Le coordinate bancarie segnalate, infatti, saranno utilizzate ai fini delle liquidazioni dei rimborsi.

**5) Recesso dei Soci.** I soci possono recedere dal Fondo con dichiarazione scritta inviata al Consiglio di amministrazione del Fondo come previsto dall'articolo 5 del Regolamento , che recita: "Ogni socio può recedere dal Fondo dandone comunicazione scritta anche in via telematica che abbia riscontro di ricevimento entro il 31 ottobre di ciascun anno".

**6) Esclusione a seguito di recesso.** L'art. 5 dello Statuto esclude espressamente la temporaneità della partecipazione alla vita associativa del Fondo. Pertanto in caso di recesso o decadimento non è possibile il reintegro nella qualità di socio.