

MEDI BASE COOPERAZIONE 2019

1

*Piano sanitario integrativo del Servizio Sanitario Nazionale rivolto ai
lavoratori delle Imprese Aderenti e loro familiari*



Per tutte le prestazioni relative al Piano sanitario
consulti:

www.medimutua.org

Numero Verde
800 90 34 35

9,00 – 18,00 dal lunedì al venerdì

I soci di Medi SMS possono contattarci inoltre ai seguenti indirizzi:

- ✓ info@medimutua.org
- ✓ rimborsi@medimutua.org
- ✓ assistenza@medimutua.org

Eventuali reclami riguardanti il rapporto associativo devono essere inoltrati per iscritto a:

**Medi – Società di mutuo soccorso – Ufficio relazioni con i soci – Via Bembo 2/A.
30172 Mestre (VE)**

Email: reclami@medimutua.org

I reclami indirizzati alla mutua contengono almeno i seguenti dati:

- Nome, cognome e domicilio del socio
- Recapito telefonico e/o email
- Breve descrizione del motivo di lamentela

Guida al piano sanitario Medì Base Cooperazione 2019

Il Presente documento costituisce il piano sanitario a disposizione dei soci. Le prestazioni fornite da Medì SMS sono qui elencate dettagliatamente al fine di consentire il loro massimo utilizzo. Fornendo contenuti chiari e informazioni precise vogliamo evitare situazioni di incertezza in fase di richiesta di rimborso.

Le prestazioni del piano sono gestite in autonomia da:



Alcuni dei principali partner di Medì SMS sono:



INFORMAZIONI SUL RAPPORTO ASSOCIATIVO

Operatività del piano sanitario:

- ✓ Il piano sanitario è valido unicamente per il socio;
- ✓ Il piano sanitario ha durata dal 01/01 al 31/12 di ogni anno (salvo diversa data di adesione alla mutua del/i socio/i);
- ✓ Le richieste di rimborso potranno essere inviate sino al 31/01 dell'anno successivo a quello di operatività del piano sanitario;

Estensione della copertura:

Il socio ha la facoltà di richiedere l'estensione della copertura del piano sanitario ai propri famigliari, dal 01/01 al 28/02 di ogni anno, previo pagamento della/e quota/e di iscrizione, alle seguenti condizioni:

- L'intero nucleo famigliare dovrà essere messo in copertura contemporaneamente. Sono fatte salve le situazioni nelle quali un componente del nucleo famigliare sia già coperto da altro piano sanitario.
- I massimali indicati nel piano sanitario saranno validi e condivisi per nucleo famigliare.
- In caso di estensione al nucleo famigliari i costi del piano sanitario saranno ridotti del 20%

Invio richieste di rimborso:

- ✓ Le richieste di rimborso potranno essere compilate alternativamente:
 - online nell'area riservata del sito di Medi SMS www.medimutua.org
 - in versione cartacea e spedite al seguente indirizzo: Medi SMS, Via Bembo 2/A, Mestre (VE) 30172.
- ✓ Le richieste incomplete non potranno essere accolte e dovranno essere completate. Passati 2 mesi di inattività queste ultime verranno automaticamente eliminate dal gestionale, fermo diritto per il socio di presentarle nuovamente.

INFORMAZIONI SUL PIANO SANITARIO

Rete dei centri convenzionati

Medi SMS utilizza la rete dei centri convenzionati Medi - Consorzio MUSA – Fimiv. Laddove non vi fossero, nella provincia di residenza del socio, centri sanitari, professionisti o servizi in convenzione della rete Medi SMS, quest'ultimo potrà utilizzare il centro sanitario, il professionista o servizio di sua scelta per la fruizione della prestazione. Medi SMS garantisce in ogni caso il rimborso della prestazione/la presa in carico del socio nei centri convenzionati risultanti dagli elenchi comunicati al socio.

Documentazione da presentare per il rimborso

In ambito sanitario

- Impegnativa completa di quesito diagnostico o eventuale patologia anche presunta. Non sono quindi ritenute valide diciture generiche contenenti indicazioni quali controllo e/o accertamenti e/o check- up e/o riportanti la semplice sintomatologia (dolore).

Non sono sufficienti dunque i soli referti, emessi dal medico, anche se contenenti indicazioni terapeutiche.

- Ticket/fattura

In ambito sociosanitario

- Eventuale impegnativa, piano di cura firmato dal medico competente o PAI
- Fatture/ticket

Nel caso dell'odontoiatria

- Piano di cura con costo dettagliato per ogni voce di cura
- Fattura dettagliata con costo per ogni voce di cura

Esclusioni:

Se non diversamente disposto dalle singole voci di copertura saranno escluse le seguenti prestazioni:

- Visite o esami diagnostici di controllo, visite medico sportive, vaccini, screening, test allergie, tamponi vaginali, test e cure relative alla PMA, esami e interventi legati alla procreazione medicalmente assistita, biopsie, l'odontoiatria, l'ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, visite per il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, Medicina tradizionale cinese, la Chiropratica, la iridologia. prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico sportivi, centri estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere, anche se con annesso centro medico.
- Ticket codice bianco del pronto soccorso

NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI PIANO SANITARIO

Lo scopo del presente documento è quello di fornire una lettura completa e dettagliata delle prestazioni contenute nel piano assistenziale *Medi Base Cooperazione 2019*.

6

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente, per ciascun livello di assistenza e per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione, le disposizioni particolari e l'importo della liquidazione.

A. SUSSIDIO RICOVERO (massimale annuo 3.000€)

A.1. INDENNITA' IN CASO DI RICOVERO

Il socio avrà diritto ad una indennità in caso di ricovero (presso qualsiasi tipologia di struttura), per intervento chirurgico o infortunio, pari o superiore a due notti consecutive, secondo i massimali riportati nella tabella che segue. Il primo e l'ultimo giorno (giorno di ammissione e di dimissione) verranno contabilizzati, ai fini della presente copertura, come un unico giorno.

Sono esclusi dalla presente copertura i ricoveri per parto con degenza inferiore a 4 notti consecutive.

GIORNI DI DEGENZA	SUSSIDIO PER OGNI GIORNO DI RICOVERO
DAL 1° AL 5° GIORNO	50€ AL GIORNO
DAL 6° AL 50° GIORNO	60€ AL GIORNO

A.2. INDENNITA' PER INTERVENTO IN DAY HOSPITAL

Il socio avrà diritto ad una indennità forfetaria pari a 80€ in caso di intervento eseguito in regime di day hospital. La presente copertura potrà essere richiesta al massimo una volta ogni 12 mesi.

Le prestazioni di cui a punti "A.1" e "A.2" non sono cumulabili.

- ✓ *È altresì previsto il rimborso integrale dei ticket eventualmente pagati al SSN da parte del socio*
- ✓ *Non sono previste franchigie per la presente copertura*

B. VISITE SPECIALISTICHE (massimale annuo 300€)

La mutua provvederà al rimborso delle visite specialistiche conseguenti a malattia o infortunio effettuate dal socio, secondo i seguenti massimali:

- ✓ Rimborso dell'80% del ticket
- ✓ A seguito dell'applicazione di una franchigia pari a 40€ a prestazione rimborso dell'80% delle fatture in caso di utilizzo dei centri convenzionati, o in caso di fruizione in intramoenia delle prestazioni.
- ✓ A seguito dell'applicazione di una franchigia pari a 60€ a prestazione rimborso dell'50% delle fatture in caso di utilizzo di strutture/professionisti non convenzionati.

Elenco delle visite specialistiche prese in carico:

- Visita allergologica
- Visita cardiologica
- Visita dermatologica
- Visita dietista
- Visita dietista di controllo
- Consulenza nutrizionale
- Consulenza nutrizionale controllo
- Visita endocrinologica
- Visita ginecologica
- Visita fisiatrica
- Visita ostetrico-ginecologica
- Visita internistica
- Visita pneumologica
- Visita neurologica
- Visita senologica
- Visita oculistica
- Visita oncologica
- Visita ortopedica
- Visita otorinolaringoiatrica
- Visita reumatologa
- Visita urologica
- Visita neurologica

I rimborsi saranno riconosciuti per un massimo di 2 visite per specializzazione. Sono escluse dalla presente copertura le visite psicologiche e psichiatriche.

Nel caso in cui la visita specialistica comprenda anche una prestazione diagnostica ad essa collegata e sia effettuata contestualmente alla stessa, il titolo del rimborso sarà unico e contemplato nell'ambito del sussidio per VISITA SPECIALISTICA.

9

In ogni caso il rimborso non potrà superare 100€ per documento di spesa.

C. ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE & ALTA SPECIALIZZAZIONE (massimale annuo 3.000€)

La mutua provvederà al rimborso degli esami di alta diagnostica strumentale e di alta specializzazione conseguenti a malattia o infortunio effettuate dal socio, secondo i seguenti massimali:

- ✓ Rimborso dell'80% dei ticket
- ✓ A seguito dell'applicazione di una franchigia pari a 35€ a prestazione rimborso dell'75% delle fatture in caso di utilizzo dei centri convenzionati, o in caso di fruizione in intramoenia delle prestazioni
- ✓ A seguito dell'applicazione di una franchigia pari a 60€ a prestazione rimborso dell'75% delle fatture in caso di utilizzo dei centri non convenzionati.

Elenco delle prestazioni di alta diagnostica strumentale e di alta specializzazione prese in carico:

- *Accertamenti endoscopici*
- *Accertamenti radiologici d'apparato od organo*
- *Angiografia*
- *Artrografia*
- *Broncografia*
- *Cisternografia*
- *Cistografia*
- *Cistouretrografia*
- *Clisma opaco*
- *Colangiografia intravenosa*
- *Colangiografia percutanea PTC*
- *Colangiografia trans Kehr*
- *Colecistografia*
- *Dacriocistografia*
- *Defecografia*
- *Doppler*
- *Doppler-ecodoppler;*
- *Ecocardiogramma*
- *Ecocardio-colordopler*
- *Ecocolordoppler*
- *Ecografia d'apparato ed organo*

- *Elettrocardiogramma (classico, sotto sforzo, holter)*
- *Elettroencefalogramma*
- *Elettromiografia*
- *Fistolografia*
- *Flebografia*
- *Fluorangiografia*
- *Galattografia*
- *Isterosalpingografia*
- *Linfografia*
- *Mammografia*
- *Mielografia*
- *Mineralometria ossea computerizzata*
- *MOC*
- *PET*
- *Retinografia*
- *RMN*
- *Scialografia*
- *Scintigrafia*
- *Splenoportografia*
- *TAC*
- *Urografia*
- *Vesciculodeferentografia*
- *Video angiografia*
- *Wirsungrafia*

I rimborsi saranno riconosciuti per un massimo di 2 volte all'anno per ogni singola prestazione elencata. L'impegnativa dovrà riportare la patologia presunta o accertata per la quale viene effettuata la visita.

In ogni caso il rimborso non potrà superare 100€ per documento di spesa (ticket, fattura).

D. TICKET ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI - PRONTO SOCCORSO (massimale annuo 500€)

La mutua provvederà al rimborso dell'60% del ticket per accertamenti diagnostici non compresi al punto "c" e dei ticket di pronto soccorso.

12

Sono esclusi dalla presente prestazioni gli esami di laboratorio (sangue, urine e feci).

In ogni caso i rimborsi saranno riconosciuti per un massimo di 2 volte all'anno.

E. TICKET ESAMI DEL SANGUE (massimale annuo 100€)

Sono rimborsabili nella misura dell'50% i ticket relativi agli esami del sangue. Sono esclusi dalla presente prestazione i test allergici, test delle urine e feci.

Il servizio è fruibile un massimo di 2 (due) volte all'anno.

F. GRAVIDANZA (massimale per evento 200€)

F.1 GRAVIDANZA - VISITE E ECOGRAFIE

La mutua provvede al rimborso delle visite ginecologiche e delle ecografie legate allo stato di gravidanza secondo i seguenti massimali:

- ✓ Rimborso dell'80% del ticket
- ✓ A seguito dell'applicazione di una franchigia pari a 30€ a prestazione rimborso del 60% della fattura in caso di utilizzo di centri convenzionati, o in caso di fruizione in intramoenia delle prestazioni
- ✓ A seguito dell'applicazione di una franchigia pari a 50€ a prestazione rimborso del 50% della fattura in caso di utilizzo di centri non convenzionati

In ogni caso il rimborso non potrà superare 60€ per documento di spesa (ticket, fattura).

F.2 GRAVIDANZA - ESAMI DEL SANGUE

La mutua provvede al rimborso degli esami del sangue legati allo stato di gravidanza secondo i seguenti massimali:

- ✓ Rimborso dell'80% del ticket
- ✓ A seguito dell'applicazione di una franchigia pari a 30€ a prestazione rimborso del 60% della fattura in caso di utilizzo di centri convenzionati, o in caso di fruizione in intramoenia delle prestazioni
- ✓ A seguito dell'applicazione di una franchigia pari a 35€ a prestazione rimborso dell'50% della fattura in caso di utilizzo di centri non convenzionati

G. FISIOTERAPIA PER MALATTIA E INFORTUNIO (massimale
annuo 250€)

La mutua provvede al rimborso delle prestazioni di fisioterapia, fruite anche tramite ausili elettromedicali, a seguito di ricovero con intervento chirurgico o per infortunio con certificato di PS.

L'accesso al sussidio è aperto inoltre ai casi di infortunio o malattia senza certificato di pronto soccorso/ricovero:

- In cui sia stato prescritto un periodo di riposo dal lavoro di almeno 10gg consecutivi
- In cui sia stato prescritto un periodo di riposo di almeno 10gg consecutivi.

La mutua provvede al rimborso di 75€ per ogni ciclo (come identificato nella prescrizione medica allegata) fruito.

H. ODONTOIATRIA (massimale annuo 500€)

H.1 ABLAZIONE DEL TARTARO (50€/anno)

La mutua provvede al rimborso dell'igiene orale una volta all'anno.

H.2 CURE ODONTOIATRICHE (250€/anno)

La mutua provvede al rimborso delle seguenti prestazioni, unicamente in caso di utilizzo dei centri convenzionati:

- otturazione di qualsiasi classe
- estrazione semplice/complessa

H.3 INFORTUNIO (500€/per evento)

La mutua provvede al rimborso dell'100% del ticket e dell'50% delle fatture di prestazioni odontoiatriche collegate ad infortunio comprovato da certificato di pronto soccorso.

H.4 IMPIANTI OSTEOINTEGRATI (150€/anno)

La mutua provvede al rimborso delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

*Le prestazioni di cui al presente punto dovranno essere fruito **esclusivamente** attraverso l'utilizzo dei centri convenzionati. In deroga alle regole generali previste a pagina 5 del presente documento laddove non vi fossero, **nel comune** di residenza del socio, centri odontoiatrici convenzionati alla rete di Medi SMS, quest'ultimo potrà utilizzare il centro sanitario di sua scelta per la fruizione delle prestazioni.*

I. SERVIZI DI ASSISTENZA A DOMICILIO (massimale annuo 1500€)

I.1 ASSISTENZA SANITARIA A DOMICILIO (500€/anno)

A seguito di ricovero con intervento chirurgico o infortunio con certificato di PS la mutua provvede alla presa in carico/al rimborso delle fatture per le seguenti prestazioni:

- o terapie mediche
- o assistenza specialistica
- o medicazioni e prelievi

Sarà riconosciuto al socio un importo pari al 50% delle fatture con un massimo di 200€ per evento.

Le prestazioni dovranno essere eseguite da personale sanitario convenzionato a Medi SMS.

I.2 ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA A DOMICILIO (1000€/anno)

A seguito di ricovero con intervento chirurgico o infortunio con certificato di PS la mutua provvede alla presa in carico/al rimborso delle fatture per le prestazioni elencate nel piano assistenziale individualizzato.

Sarà riconosciuto al socio un importo pari al 50% delle fatture con un massimo di 300€ per evento.

Le prestazioni dovranno essere eseguite da personale sanitario convenzionato a Medi SMS.

J. SERVIZI DI CONSULENZA TELEFONICA SPECIALISTICA

L'accesso alla consulenza telefonica nei vari ambiti avviene attraverso il "Numero verde Pronto? Ti ascolto" che è attivo dal **lunedì al venerdì** dalle **8.30 alle ore 13.00** e dalle **ore 14.00 alle ore 18.30**, il **sabato** dalle **ore 8.30 alle ore 13.00**.

**NUMERO VERDE "PRONTO? TI ASCOLTO":
800.15.16.22**

Per accedere a questo servizio è necessario fornire un numero di telefono della rete di telefonia italiana, sia fisso che mobile. L'accesso è gratuito da rete fissa, mentre segue la tariffa dell'operatore telefonico della propria rete mobile.

L'operatore telefonico si accorderà direttamente con il socio in merito a data e orario per la consulenza. Il socio verrà chiamato dal professionista nella data e all'orario fissato. Se non dovesse trovarlo, il professionista richiamerà il socio al massimo 3 volte a distanza di qualche minuto, dopo di che sarà necessario che il paziente richiami il numero verde per prendere un nuovo appuntamento.

Nel caso in cui il colloquio si prolunghi oltre i 10 minuti successivi alla durata prevista per la prestazione, in accordo con il paziente, si continuerà il colloquio telefonico e verrà considerata una prestazione aggiuntiva.

Il socio è tenuto all'osservanza dei canoni di buona educazione e rispetto reciproco.

Tutti i dati personali forniti per la registrazione saranno trattati a norma di Legge. I dati personali comunicati con la telefonata vengono acquisiti unicamente per l'erogazione dei servizi previsti dalla presente prestazione. A tal fine i dati saranno raccolti, registrati e trattati anche in maniera

automatizzata con le modalità strettamente necessarie al perseguimento dello scopo.

Il contenuto dei consulti ed il servizio offerto sono di natura informativa e orientativa medico specialistica non vincolante per il socio.

Questi non sostituiscono e non surrogano in alcun modo il Rapporto medico-paziente: i consigli ed i suggerimenti ottenuti dai consulti telefonici non possono prescindere da una visita medica, che rappresenta il solo strumento diagnostico per una corretta terapia.

J.1 CONSULENZA PSICOLOGICA

Perché utilizzare il servizio di consulenza psicologica?

- supporto immediato ed efficiente;
- assenza del contatto visivo che può facilitare l'anonimato e l'iniziale espressione di sé;
- approccio affidabile e preventivo per depressione, ansia, comportamenti devianti e molti tipi di malessere psicologico;
- possibilità anche per le persone impossibilitate a muoversi da casa o che sono spesso in movimento per lavoro;
- dal sostegno psicologico a distanza si può passare al sostegno di persona.

Chi risponde?

- Rispondono sempre psicologi iscritti all'Albo Nazionale
- Il socio ha la possibilità di parlare sempre con lo stesso dottore.

Quanto dura la consulenza?

- Una singola consulenza psicologica via telefono dura 25 minuti. Il numero massimo di accessi gratuiti è 6.
- Nel caso il socio voglia continuare a servirsi delle prestazioni telefoniche, può accordarsi con il medico e pagare le prestazioni tramite bonifico bancario o ricarica post-pay. La singola consulenza di 25 minuti costa euro 20 (iva inclusa). È possibile acquistare prestazioni singole o pacchetti di prestazioni prepagati. Il pagamento dovrà pervenire nelle 24h precedenti l'appuntamento, altrimenti la prenotazione sarà annullata e bisognerà accordarsi per una nuova data.

Cosa non è la consulenza psicologica telefonica

- La consulenza psicologica telefonica non è una psicoterapia al telefono; non è una consulenza psicologica classica; non è una psico-diagnosi, né vengono usati test.

Tipologia di prestazione sanitaria e dichiarazione dei redditi

- La prestazione fruita è una prestazione sanitaria e pertanto deducibile dalla dichiarazione dei redditi.

J.2 CONSULENZA FISIATRICA

Perché utilizzare il servizio di consulenza fisiatrica?

- È un approccio affidabile e preventivo per ricevere il parere di un esperto che sappia dare un'indicazione iniziale di massima sull'appropriatezza o meno del tipo di specialista da consultare in merito alla sintomatologia espressa dal paziente. In caso negativo il paziente verrà indirizzato a fisioterapisti, ortopedici, neurologi e altre specialità;
- Rappresenta una possibilità anche per le persone impossibilitate a muoversi da casa o che sono spesso in movimento per lavoro;
- Dal sostegno fisiatrico a distanza si può passare al sostegno di persona;

Chi risponde?

- Le risposte sono fornite da personale abilitato alla professione medico-chirurgica, con specializzazione in fisiatria.

Quanto dura una consulenza fisiatrica via telefono?

- Una singola consulenza fisiatrica via telefono dura 15 minuti. Il numero massimo di accessi gratuiti è 2.
- Nel caso il paziente voglia continuare a servirsi delle prestazioni telefoniche è possibile pagare tramite bonifico bancario o ricarica post-pay. La singola consulenza di 15 minuti costa euro 25 (iva inclusa). È possibile acquistare prestazioni singole o pacchetti di prestazioni prepagati. Il pagamento dovrà pervenire nelle 24h precedenti l'appuntamento, altrimenti la prenotazione sarà annullata e bisognerà accordarsi per una nuova data.

Tipologia di prestazione sanitaria e dichiarazione dei redditi

- La prestazione fruita è una prestazione sanitaria e pertanto deducibile dalla dichiarazione dei redditi

J.3 CONSULENZA LOGOPEDICA

Perché utilizzare il servizio di consulenza logopedica?

- È un approccio affidabile e preventivo per individuare le possibili cause di problematiche legate all'apprendimento e alla comunicazione;
- Rappresenta una possibilità anche per le persone impossibilitate a muoversi da casa o che sono spesso in movimento per lavoro;
- Dal sostegno logopedico a distanza si può passare al sostegno di persona.

Chi risponde?

- Le risposte sono fornite da personale abilitato alla professione logopedica.

Quanto dura una consulenza logopedica via telefono?

- Una singola consulenza logopedica via telefono dura 20 minuti. Il numero massimo di accessi gratuiti è 2.
- Nel caso il paziente voglia continuare a servirsi delle prestazioni telefoniche è possibile pagare tramite bonifico bancario o ricarica post-pay. La singola consulenza di 20 minuti costa euro 15 (Iva Inclusa). È possibile acquistare prestazioni singole o pacchetti di prestazioni prepagati. Il pagamento dovrà pervenire nelle 24h precedenti l'appuntamento, altrimenti la prenotazione sarà annullata e bisognerà accordarsi per una nuova data.

Tipologia di prestazione sanitaria e dichiarazione dei redditi

- La prestazione fruita è una prestazione sanitaria e pertanto deducibile dalla dichiarazione dei redditi.