ALLEGATO 1 - PIANO SANITARIO

# Protezione Sanitaria Integrativa

**In deroga al regolamento di Reciproca la prescrizione medica quando necessaria potrà non contenere la patologia sospetta o accertata.**

## OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI UN RICOVERO

Rimborso per servizi di assistenza domiciliare tramite la propria rete convenzionata di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa tendente al recupero della funzionalità dell’Assistito, fino ad un massimo di 120 giorni successivi alla data di dimissioni. La Mutua concorderà il programma con l’Assistito secondo le prescrizioni del sanitario che lo ha dimesso, e con attuazione delle disposizioni contenute nel foglio di dimissioni.

Le prestazioni mediche soggette a rimborso sono:

1. Assistenza medica domiciliare;
2. Assistenza medica infermieristica domiciliare;
3. Assistenza riabilitativa tendente al recupero delle funzionalità.

Nota bene:

La copertura è valida per un massimo di 120 giorni successivi alla data di dimissioni.

In seguito alla scadenza dei 120 giorni, potrai comunque continuare autonomamente a usufruire del servizio, che, grazie alla Convenzione, ti garantirà tariffe agevolate.

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 5.000 all’anno per persona.**

## RICOVERI IN REGIME DI S.S.N.

È prevista una diaria di 26,00 € per ogni notte passata in ospedale, in regime di S.S.N. a seguito di ricovero per un massimo di 90 notti l’anno.

## ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni eseguite indipendentemente dal ricovero, in presenza di prescrizione indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

### Alta Diagnostica Radiologica

* Angiografia
* Artrografia
* Broncografia
* Cisternografia
* Cistografia
* Cistouretrografia
* Clisma opaco
* Colangiografia intravenosa
* Colangiografia percutanea (PTC)
* Colangiografia Trans Kehr
* Colecistografia
* Dacriocistografia
* Defecografia
* Fistolografia
* Flebografia
* Fluorangiografia
* Galattografia
* Isterosalpingografia
* Linfografia
* Mielografia
* Retinografia
* RX Esofago, con MDC
* RX Stomaco-duodeno, con MDC
* RX Tenue-colon, con MDC
* Scialografia
* Splenoportografia
* Urografia
* Vesticulodeferentografia
* Videoangiografia
* Wirsunggrafia

### Accertamenti

* Mappatura nei
* ECG
* ECG da sforzo (prova al cicloergometro)
* HOLTER cardiaco
* HOLTER pressorio
* Campo visivo
* Spirometria
* Polisonnografia
* Esame audiometrico
* Esame impedenzometrico
* Accertamenti endoscopici
* Diagnostica radiologica
* Doppler
* Ecocardiografia
* Ecografia
* Elettroencefalogramma
* Elettromiografia
* Mammografia, o Mammografia digitale
* MOC
* PET
* Risonanza Magnetica Nucleare (inclusi Angio RMN), con MDC
* Scintigrafia
* Tomografia assiale computerizzata (anche virtuale) con MDC

### Terapie

* Laserterapia a scopo fisioterapico

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con RECIPROCA ed effettuate da medici convenzionati:

Le spese vengono liquidate direttamente alle strutture da RECIPROCA, lasciando una quota a carico dell’Assistito di € 40,00 per ogni accertamento diagnostico. Tale importo dovrà essere versato dall’assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L’Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione contenente la patologia presunta o accertata. Tale rimborso verrà erogato anche nel caso in cui nella provincia di residenza del socio non ci siano Strutture Private Convenzionate.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate:

Spese rimborsate nella misura del 70% con un minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni accertamento. I primi € 60,00 del costo di ogni prestazione sono sempre a carico dell’assistito (franchigia), il rimborso avviene nella misura del 70% del restante della spesa.

Per ottenere il rimborso l’Assistito dovrà allegare alla fattura la prescrizione contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

sono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

Per il rimborso, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia del ticket, la copia della richiesta del medico contenente la patologia presunta o accertata.

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000,00 per iscritto.**

**Il massimale di € 6.000,00 è condiviso con i seguenti trattamenti:**

### Trattamenti Terapeutici

È previsto un contributo di 26,00 € al giorno per un massimo di 90 giorni l’anno per le seguenti terapie, effettuate in Strutture Pubbliche o Private:

* Chemio
* Cobalto
* Dialisi
* Radio

**Nota bene**: gli accertamenti diagnostici che non figurano nell’elenco precedente, saranno rimborsati con un MASSIMALE ANNUALE: € 1.000,00 per iscritto solo se le prestazioni sono eseguite presso strutture pubbliche in regime di S.S.N. o strutture private convenzionate con le ASL in regime di S.S.N. ed il ticket è accompagnato dalla richiesta del medico contenente la patologia presunta o accertata. Sono compresi anche i ticket per gli accertamenti diagnostici effettuati durante la gravidanza.

In questo caso i ticket sanitari sono rimborsati integralmente.

## VISITE SPECIALISTICHE

Si prevede l'assistenza diretta con pagamento alle strutture sanitarie convenzionate delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o ad infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche ed ortodontiche, delle visite omeopatiche, delle visite psichiatriche e psicologiche, delle visite dietologiche, delle visite chiropratiche nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico pena il diniego di rimborso.

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con RECIPROCA ed effettuate da medici convenzionati le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'iscritto di **€ 30,00** per ogni visita specialistica, o di 60,00 € per ogni visita specialistica abbinata ad una o più indagini diagnostiche se comprese nell’elenco precedente, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. Tale rimborso verrà erogato anche nel caso in cui nella provincia di residenza del socio non ci siano Strutture Private Convenzionate.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate: non è previsto alcun rimborso.

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale rimborso integrale dei ticket sanitari.

L’Assistito per ottenere il rimborso dovrà presentare le fatture o ricevute contenenti l’indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata. Sono compresi anche i ticket per le visite ginecologiche/ostetriche effettuate durante la gravidanza.

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per Iscritto.**

## TICKET PER ESAMI DI LABORATORIO E PRONTO SOCCORSO

RECIPROCA rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto effettuati nell’ambito del *Servizio Sanitario Nazionale* per esami di laboratorio, ticket sanitari di pronto soccorso accompagnati da referto del pronto soccorso e per analisi clinico chimiche effettuate durante la gravidanza.

Per ottenere il rimborso è necessario che l’Assistito alleghi alla fattura la richiesta del medico contenente la patologia presunta o accertata.

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per Iscritto**

## PACCHETTO PREVENZIONE ODONTOIATRICO

Intendendo operare con finalità di prevenzione per un’ulteriore tutela della salute, RECIPROCA provvede direttamente al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione, presso centro convenzionato e previa autorizzazione:

* Ablazione tartaro
* Visita di controllo

**Tale prevenzione è usufruibile una volta all’anno e previa autorizzazione da RECIPROCA.**

Nel caso in cui nella provincia di residenza del socio non ci siano Strutture Private Convenzionate tale rimborso verrà erogato per un massimo di € 50,00 in un’unica soluzione una volta l’anno.

## CURE ODONTOIATRICHE IN CASO DI INFORTUNIO

In caso di infortunio o evento traumatico accertato dal pronto soccorso, viene riconosciuto un rimborso fino ad **un massimo di € 1.500,00** all’anno per persona, fino al 50% della fattura del dentista, fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi. Ad esempio, se un iscritto ha un incidente automobilistico e ha il 100% di ragione, le sue spese sanitarie dovranno essere coperte dall’assicurazione di chi ha torto e non da RECIPROCA.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la presenza di un certificato di Pronto Soccorso, della panoramica delle arcate dentarie e/o dental scan, del preventivo di spesa con il dettaglio delle cure da effettuare e a cure ultimate un’ulteriore panoramica e/o dental scan.

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con RECIPROCA ed effettuate da medici convenzionati le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture fino alla concorrenza del 50% dell’importo della fattura del dentista, fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi. Tale contributo verrà erogato anche nel caso in cui nella provincia di residenza del socio non ci siano Strutture Private Convenzionate.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate: non è previsto alcun rimborso.

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale rimborso integrale dei ticket sanitari.

L’Assistito per ottenere il rimborso dovrà presentare i ticket, il certificato di pronto soccorso e le prescrizioni.

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.500,00 per Iscritto.**

**8. MATERNITA’**

Condizione per l’erogazione del sussidio è che il figlio/a sia nato/a successivamente l’iscrizione del richiedente al Fondo.

All’assistita/o, limitatamente al primo di anno di vita del proprio figlio/a/i/e, nel caso in cui sostenga spese per l’acquisto di latte non materno, viene corrisposto un sussidio pari all’80% delle spese sostenute.

Il sussidio è riconosciuto fino a un massimo complessivo di euro 300,00 (duecentocinquanta/00) per un anno ovvero nei 365 giorni successivi la data del parto.

Per accedere al rimborso l’assistita/o dovrà fare avere alla Mutua, entro 45 giorni dal rilascio della relativa documentazione fiscale, tutta la documentazione medico sanitaria che attesti la necessità di accedere a tali acquisti, e le fatture/scontrini fiscali quietanzati da cui si evinca con specifica distinta di voce il corrispondente bene acquistato ed il relativo costo di acquisto.

Unitamente alla prima richiesta, dovrà essere allegato il certificato di nascita del figlio od altro documento equipollente che attesti la data di nascita.

## TERAPIE RIABILITATIVE

All’assistito, nel solo caso in cui necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di infortunio sul lavoro, è riconosciuto un sussidio del 100% del contributo al Servizio sanitario nazionale (ticket) così come di seguito specificato.

I cicli di terapie devono essere effettuati entro 180 giorni dall’infortunio.

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 250,00 (duecentocinquanta/00) e comunque nel limite annuale di 1 ciclo (10 sedute) ed esclusivamente per le prestazioni indicate nel nomenclatore Allegato C.

Tale massimale deve intendersi anche applicabile alla complessiva prestazione riabilitativa effettuata che non si completi nell’arco di un solo anno.

Il sussidio è riconosciuto per prestazioni effettuate esclusivamente a fini riabilitativi.

A tal fine unitamente al giustificativo di spesa quietanzata dovranno essere inoltre allegati:

* certificato di Pronto Soccorso che attesti l’infortunio occorso e che questo sia avvenuto successivamente alla data di iscrizione alla Mutua
* copia della prescrizione medica rilasciata dal medico curante (MMG - Specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata) che attesti la necessità di ricorrere a tali prestazioni riabilitative
* certificazione medica rilasciata dal MMG che attesti la temporanea inabilità alla prestazione lavorativa intervenuta a seguito dell’evento con prognosi di assenza dal lavoro non inferiore a 10 giorni lavorativi.
* inoltre il richiedente dovrà accompagnare la richiesta con una autocertificazione resa ai sensi dell’articolo 46, DPR 28.12.2000 n° 445, con la quale dichiara che non ha richiesto/ottenuto rimborsi da altri soggetti, per le stesse prestazioni economiche che ha richiesto alla Mutua.

Le prestazioni siano rese da personale medico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa e non rientrano a rimborso le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Il sussidio non può essere riconosciuto per prestazioni riabilitative riconosciute per patologie croniche o cronicizzate.

**Allegato C - NOMENCLATORE PRESTAZIONI PER TERAPIE RIABILITATIVE**

* Laser terapia
* Tecar
* Fisioterapia ortopedica post-operatoria
* Fisioterapia neuromotoria
* Fisioterapia post-traumatica
* Fisioterapia articolare
* Fisioterapia mono segmentaria

## LIMITI DELLE PRESTAZIONI IN AGGIUNTA A QUANTO PREVISTO NEL REGOLAMENTO DI RECIPROCA

Visite odontoiatriche ed ortodontiche, visite psichiatriche e psicologiche, visite dietologiche, visite chiropratiche nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale.

Visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita.

Accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale.

## ESTENSIONE TERRITORIALE

Le prestazioni valgono per il territorio nazionale e per i territori internazionali come da regolamento di Reciproca.

## ISCRIZIONE

Per ottenere la copertura è necessaria l’iscrizione a RECIPROCA degli aderenti al piano con una quota associativa di euro 1,00 una tantum.

## CONTRIBUTI ASSOCIATIVI SANITARI

a) Per il titolare €. 72,00 in un’unica soluzione

b) Per il coniuge o convivente “more uxorio” €. 72,00 in un’unica soluzione

c) Per il figlio/i €. 72,00/cad. in un’unica soluzione

L’attivazione delle opzioni b), c) comporta obbligatoriamente l’inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o convivente “more uxorio” o figli, risultanti dallo stato di famiglia.

L’iscrizione dei familiari deve avvenire entro il 31/01 o entro 15 giorni dal giorno dell’iscrizione del dipendente.

In caso di estensione del piano al nucleo familiare la copertura dovrà coinvolgere l’intero nucleo familiare e restare confermata e valida per l’intera durata dell’iscrizione da parte del titolare, nonché per i successivi rinnovi (fin tanto che fanno parte del nucleo) e per tutta la durata della convenzione con il datore di lavoro.

## QUIESCENZA

Qualora cessi per quiescenza la copertura sanitaria prevista nel presente Piano, i lavoratori ed eventualmente i loro familiari iscritti, in deroga al Regolamento di RECIPROCA, possono richiedere l’attivazione di un diverso Piano Sanitario con RECIPROCA provvedendo personalmente al versamento dei relativi contributi.

## STRUTTURE CONVENZIONATE

Le strutture convenzionate e/o i medici convenzionati appartengono alle seguenti reti:

* RECIPROCA S.M.S. – ETS;
* Consorzio Mu.Sa..

## SERVIZI DI CONSULENZA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti da RECIPROCA tramite e-mail all’indirizzo: segreteria@reciprocasms.it o telefonando al numero 055-285961 dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00.